UNIVERSITÉ D'ALGER.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1931 - N° 2

DU TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE PURULENTE GONOCOCCIQUE PAR L'EMPLOI LOCAL DU SÉRUM DE BLAIZOT

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 14 février 1931

par

MÉDINGER FERNAND

NÉ LE 14 AVRIL 1904 A ZÉRALDA (ALGER)

JURY

M. CANGE, **Professeur de Clinique Ophtalmologique**..... Président.

MM. RAYNAUD, **Professeur de Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées**..
LAFFONT, **Professeur de Clinique Obstétricale**. .. .. ..
DUBOUCHER, **Agrégé (Chirurgie)** .. .. Juges.

Alger - Imp. Nord-Africaine, 8, Rue Drouillet - Téléphone 2.58

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1931 - N° 2

DU TRAITEMENT

DE L'OPHTALMIE PURULENTE GONOCOCCIQUE PAR L'EMPLOI LOCAL DU SÉRUM DE BLAIZOT

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le 14 février 1931

par

MÉDINGER FERNAND
NÉ LE 14 AVRIL 1904 A ZÉRALDA (ALGER)

JURY

M. CANGE, **Professeur de Clinique Ophtalmologique**..... Président.

MM. RAYNAUD, **Professeur de Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées**..
LAFFONT, **Professeur de Clinique Obstétricale**. .. .. ..
DUBOUCHER, **Agrégé (Chirurgie)** .. .. Juges.

Alger - Imp. Nord-Africaine, 8, Rue Drouillet - Téléphone 2.58

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN	MM. LEBLANC (✻. ⚚. I. ⚘)
DOYEN HONORAIRE	HERAIL (✻. I. ⚘)
ASSESSEUR	GILLOT (I. ⚘)

Professeurs

Clinique ophtalmologique	CANGE (✻. I. ⚘)
Clinique médicale et hygiène infantile	GILLOT (I. ⚘)
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées	RAYNAUD (✻. ⚚. I. ⚘)
Clinique chirurgicale	COSTANTINI (✻. ⚚. I. ⚘)
Clinique obstétricale et puériculture du premier âge	LAFFONT (✻ .⚚. I. ⚘)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (⚚. I. ⚘)
Clinique médicale	AUBRY (✻. ⚚. I, ⚘)
Histologie et Embryologie	WEBER (✻. ⚚. I. ⚘)
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ⚘)
Chimie biologique et médicale	MAILLARD (✻. I. ⚘)
Hygiène, hydrologie et climatologie	CHASSEVANT (O.✻.O.⚚.I.⚘)
Physiologie	TOURNADE (O. ✻. ⚚. I. ⚘)
Pharmacie	MUSSO (I. ⚘)
Médecine légale	GIRAUD (O. ✻. ⚚. I, ⚘)
Anatomie	LEBLANC (✻. ⚚. I. ⚘)
Microbiologie et cryptogamie	PINOY (✻. I. ⚘)
Physique médicale	PORTES (✻. ⚚. I. ⚘)
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire	CABANES (✻. ⚚. I. ⚘)
Parasitologie et zoologie médicale	SENEVET (⚚. A. ⚘)
Chimie minérale, pharmaceutique et toxicologie	WUNSCHENDORFF (I, ⚘)
Botanique et matière médicale	FOURMENT (A. ⚘.)
Pathologie générale et pathologie médicale	POROT (A. ⚘)
Thérapeutique	LEBON (✻. ⚚. A. O)

Professeurs Honoraires

ARGAUD (✻. I. ⚘)	HERAIL (✻. I. ⚘)
VINCENT (✻. I. ⚘)	SOULIE (✻, I. ⚘)

Chargés de Cours

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM. FUSTER (✻. ⚚. I. ⚘)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ABOULKER (✻. ⚚)

Agrégés

Chirurgie	DUBOUCHER (I. ⚘)
	FERRARI (I. ⚘)
	MOGGI (✻)
Médecine	N.....
	N.....
Physiologie	HERMANN (⚚. A. O)
Anatomie	RIBET (⚚. A. O)
Chimie médicale	N...
Obstétrique	HOUEL (✻. ⚚. A. ⚘)
Histologie	COURRIER (⚚)
Histoire naturelle pharmaceutique	N.....

NOTA. — *La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

AUX MIENS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536512_0029

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur CANGE

Professeur de Clinique Ophtalmologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

Durant les années passées dans son service il n'a cessé de nous manifester le plus bienveillant accueil.

Sa vaste érudition, son enseignement lumineux, sa rude franchise sont pour nous des exemples que nous savons impérissables.

Qu'il veuille trouver ici la faible marque de notre respectueux attachement et de notre profonde reconnaissance.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur M. RAYNAUD
Professeur des maladies des Pays chauds,
des maladies syphilitiques et cutanées

Monsieur le Professeur LAFFONT
Professeur de Clinique Obstétricale
et puériculture du premier âge

Monsieur le Professeur Agrégé DUBOUCHER
Chirurgien des Hôpitaux

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

A MES AMIS

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

.....

Le rôle important que joue encore l'ophtalmie purulente à gonocoques dans l'étiologie de la cécité, conserve à cette affection une place au premier rang des questions d'actualité.

L'incertitude dans laquelle plonge son pronostic, faute d'un traitement rationnel, en fait à juste titre la maladie la plus redoutée des ophtalmologistes. Aussi ce traitement a-t-il donné lieu ces dernières années à de bien longues discussions, particulièrement en France, et surtout en ce qui concerne l'étude de l'efficacité des sérums et des vaccins.

Rien n'est, en effet, moins sûr que cette thérapeutique, rien n'est plus varié, et la diversité même des méthodes et des médicaments proposés, le nombre sans cesse croissant des tentatives nouvelles, montrent combien ce traitement est encore aléatoire.

Quelques auteurs par exemple, prétendant qu'il faut avant tout éviter de maltraiter la cornée, se permettent tout au plus de nettoyer les culs de sac conjonctivaux avec du sérum physiologique. Certains voient dans le nitrate d'argent un remède indispensable et merveilleux, alors que d'autres le considèrent comme un médicament dangereux. Il en est enfin qui croient atteindre sûrement le microbe par des injections sous-conjonctivales

antiseptiques. On a même proposé de le détruire en faisant supporter à la conjonctive une température de 40°.

La vaccinothérapie ne devait plus voir dans ces différentes pratiques qu'un adjuvant plus ou moins précieux.

La sérothérapie locale, enfin, devait les supplanter.

C'est ainsi que notre maître, Monsieur le Professeur Cange, supprima de son service, dès 1925, *toute autre méthode thérapeutique, pour n'employer uniquement et définitivement que la sérothérapie locale. Après quelques essais, le sérum de Blaizot lui parût le plus apte à donner les meilleurs résultats.*

Que vaut cette méthode nouvelle ?

Le sérum de Blaizot est-il vraiment une arme qu'il faille ajouter à notre arsenal thérapeutique ?

Est-il digne de supplanter les moyens empiriques qui l'ont précédé ou doit-il leur être associé ?

C'est ce que nous nous proposons de rechercher.

Notre travail comprend quatre chapitres.

Dans le premier nous exposons l'historique de la question. Nous relevons rapidement les différents essais de sérothérapie antigonococcique générale pour nous attarder plus longuement sur l'application locale des sérums dans l'ophtalmie purulente.

Le second chapitre est consacré à l'étude du sérum, de ses propriétés biologiques ainsi qu'à la technique de son emploi, technique qu'une longue pratique a permis de mettre au point et que nous voudrions voir plus fréquemment employée.

Le troisième chapitre contient le résumé des observations déjà publiées et le détail de nos observations personnelles.

Dans le quatrième chapitre enfin, nous analysons ces observations, nous discutons les résultats obtenus, nous essayons de discerner si le sérum a été utile aux malades et dans quelle mesure il l'a été.

.....

CHAPITRE PREMIER

.....

HISTORIQUE

.....

Nous ne voulons pas faire ici un historique général du traitement de l'ophtalmie purulente.

Nous ne pouvons pas non plus faire une analyse détaillée de toutes les publications se rapportant à la sérothérapie antigonococcique. Nous résumerons cependant quelques-unes de ces publications, car elle permettent de comprendre pourquoi les auteurs ont été amenés à employer la sérothérapie locale dans la lutte contre le gonocoque, en particulier dans la localisation oculaire de ce microbe.

Nous nous cantonnerons donc dans ce domaine de la sérothérapie locale, domaine relativement restreint puisque d'acquisition récente.

Les premiers essais de sérothérapie antigonococcique ont été réalisés par de Christmas en 1897. Cet auteur fit des cultures de gonocoques sur bouillon-péptone-ascite et par des inoculations aux animaux, obtint un état d'im-

munité sérothérapique. Il poursuivit ces recherches jusqu'en 1900.

A cette époque, d'autres auteurs, Wassermann, Wannod, Bruchner et Christanu continuèrent ces expérimentations et appliquèrent à l'animal divers sérums antigonococciques, mais sans arriver à une application clinique.

Cette application n'eut lieu qu'en 1906. Elle fut faite par Rogers et Torrey en Amérique et par Bruck en Allemagne.

Les travaux simultanés de Bruck, de Muller et Oppenheim en 1906, ont montré que l'organisme humain infecté de gonocoques peut répondre par une réaction générale d'immunisation.

La réaction de fixation du complément proposée par Bruck et Wassermann, permit à ces auteurs de constater dans le sang des malades atteints de rhumatisme blennorragique ou d'annexites, des substances qui réagissent spécifiquement vis-à-vis des extraits gonococciques et qui, par conséquent, doivent être considérées comme des amboçépteurs spécifiques gonococciques.

Cette constatation encourageait les tentatives de sérothérapie ; elles furent surtout faites en Amérique.

Rogers obtint son immun-sérum en injectant dans le péritoine de lapins des cultures jeunes de gonocoques sur bouillon-péptone-ascite (sérum de Torrey). Il injecta tous les deux à trois jours dix centicubes de ce sérum et obtint de bons résultats, surtout dans les cas d'arthrites.

Gayler, Stellwagen, Danforth, Rosenthal, Oneil poursuivirent avec succès la même voie.

Fisichella à Rome, en 1911, eut recours à des chevaux immunisés par des cultures de gonocoques.

La sérothérapie gonococcique a tout d'abord été très

négligée en France, à cause de la difficulté à se procurer du sérum et surtout parce que la vaccination a paru aux différents auteurs plus efficace et moins dangereuse. En effet, les accidents consécutifs à l'emploi de la sérothérapie gonococcique ont été signalés dès le début. Ces accidents sont bien étudiés dans la thèse de Dubosc, leur traitement est bien exposé dans le travail de Charles Richet fils.

Débré et Paraf ont tenté, en 1913, de réhabiliter la sérothérapie gonococcique : Ils rappellent les analogies du gonocoque et du méningocoque et ils s'appuient sur ce fait pour conseiller contre le gonocoque, la sérothérapie directe de l'organe infecté qui a si bien réussi pour le méningocoque.

D'après Débré et Paraf, les insuccès de la sérothérapie sont dus à ce qu'elle est mal employée.

« Il en a été de même, disent-ils, pour la méningite cérébrospinale ; on aurait abandonné la sérothérapie si Flexner n'avait pas démontré, par ses expériences sur le singe, la nécessité d'injecter le sérum dans le canal rachidien. »

Ils considèrent que les lois de la sérothérapie antigonococcique sont identiques et consistent :

1°) A obtenir un sérum, polyvalent, antimicrobien, et immunisant d'une façon convenable un animal de laboratoire.

2°) A réaliser chez l'animal une infection expérimentale à gonocoques à évolution toujours identique à elle-même, ce qui permettrait de titrer le pouvoir actif du sérum et de n'appliquer à l'homme qu'un sérum ayant fait sur l'animal ses preuves d'efficacité.

3°) Imaginer un mode d'application variable pour les différentes localisations du gonocoque qui permettrait

de laisser au contact du foyer, pendant un temps suffisant, une quantité suffisante de sérum thérapeutique.

Leurs expériences sur le lapin sont des plus intéressantes : d'une part ils immunisent un lapin par des doses progressives et subintrantes de gonocoques de races aussi nombreuses que possible et d'autolysats microbiens ; ils obtiennent ainsi leur sérum thérapeutique. D'autre part ils inoculent du gonocoque virulent dans la chambre antérieure de l'œil de lapins non immunisés. Ils déterminent ainsi une panophtalmie qui amène rapidement la perte de l'œil. Si à ces animaux ainsi inoculés, on injecte ensuite dans la chambre antérieure malade deux gouttes de sérum antigonococcique — et cette expérience a été faite soit quatre heures, soit vingt-quatre heures, soit trente six heures après l'inoculation — les yeux guérissent et reprennent leur aspect normal sauf une petite cicatrice au niveau des injections.

Si, d'autre part, on injecte simultanément le gonocoque virulent et le sérum, il ne se produit rien d'autre que des exsudats et des coagulations sans inflammation spécifique.

Ils reprennent ces expériences en 1920 en collaboration avec F. Terrien. Ils se servent pour cette étude d'un sérum préparé à l'Institut Pasteur par M. Nicolle. Là encore, leurs expériences leur permettent d'affirmer une fois de plus que le sérum antigonococcique doit être injecté dans le foyer même de l'infection. Dans un intéressant travail d'ensemble ces trois auteurs concluent :

« L'injection de sérum spécifique dans la chambre antérieure de l'œil pratiquée 24 heures après l'inoculation microbienne, modifie complètement l'évolution de la maladie, la gravité des lésions est beaucoup moindre, la guérison beaucoup plus rapide et plus complète.

L'injection intramusculaire, intraveineuse et sous-con-

jonctivale de sérum est sans influence sur l'évolution de la maladie, l'injection intraoculaire de sérum antiméningococcique ou antidiphtérique est aussi inefficace.

Le pouvoir préventif du sérum est douteux, les résultats de l'injection intraoculaire pratiquée 24 heures avant l'injection de microbes sont variables ».

Les heureux résultats de la sérothérapie antigonococcique observés au cours de leurs expériences confirment ce qu'ils avaient montré précédemment en employant le sérum de lapins immunisés. Ils ne permettent cependant pas de préjuger des effets de la sérothérapie locale appliquée aux lésions humaines ; dans les cas présents les gonocoques ne se multiplient pas dans l'œil du lapin et l'action du sérum « se réduit à une action anti-endotoxique ».

Que devait en effet donner cette méthode de la sérothérapie locale par les sérums alors en cours, appliquée à l'homme et en particulier dans l'ophtalmie purulente? Contre toute attente, il faut l'avouer, les résultats furent bien incertains.

Notons cependant que cette idée d'application locale de sérum dans l'ophtalmie gonococcique humaine n'était pas si neuve. Dès 1911, en effet, Colombo publiait des résultats d'essais faits dans ce sens.

Gallenga, en 1914 en rapporte d'autres.

Ces deux auteurs ont traité des ophtalmies gonococciques par des instillations d'un sérum, mais ils ont employé concurremment les méthodes ordinaires (grands lavages et nitratation).

Plus récemment, en 1925, dans un article d'ensemble, Colombo expose ses essais poursuivis pendant quinze ans. Mais, à aucun moment, il n'abandonna la nitratation.

« Le sérum, dit-il, doit-être instillé en abondance, au

moins deux fois par jour, dans le cul-de-sac conjonctival débarrassé de la sécrétion et après nitratation habituelle (badigeonnage des paupières retournées avec du nitrate d'argent à 1 ou 2 % et neutralisation chlorurée). Cette application, d'ailleurs sans aucun danger, n'est pas incompatible avec la vaccinothérapie et la sérothérapie par injections, auxquelles on peut recourir tout en se montrant très prudent s'il s'agit de jeunes sujets. »

En fait, il n'est donc guère possible de savoir exactement la part qui revient à l'action des agents chimiques employés et celle qui revient au sérum.

Colombo montre bien que les avantages de ce sérum semblent indiscutables, car il lui est arrivé plus d'une fois de voir apparaître de nouvelles manifestations aiguës dès qu'on suspendait l'application du sérum, manifestations qui disparaissaient dès qu'on la reprenait. Cependant, il n'ose encore abandonner toute la médication classique pour ne plus se servir que du sérum.

En somme, la sérothérapie locale n'apparaît, jusque là, que comme un adjuvant du traitement habituel, non comme une thérapeutique nouvelle et rationnelle : Si la méthode de la sérothérapie locale restait théoriquement inattaquable, le sérum qui devait pleinement satisfaire les praticiens était encore à trouver.

« On cherche avec ardeur, dit Poulard, dans son traité, le vaccin ou le sérum, qui supprimera les complications d'une maladie qui est un véritable fléau. Il existe des vaccins qui sont actuellement sans effet, des travaux sérieux sont en cours pour trouver un sérum efficace. Il semble que les recherches faites dans cette voie doivent être bientôt couronnées de succès. »

Les travaux du Docteur Blaizot semblent vouloir mettre un terme à cette attente. Son sérum, dans l'état actuel de nos connaissances, nous paraît avoir atteint le but cherché.

Le 31 octobre 1925, Offret présentait à la Société de Médecine de Paris, cinq observations d'ophtalmie gonococcique du nouveau-né guérie par l'emploi local du sérum de Blaizot, sans autre association médicamenteuse. « Il n'existe pas encore, dit-il, dans la littérature ophtalmologique, d'observations de cas semblables. Les cinq opthalmies ont été guéries en très peu de temps, de quatre à dix jours ; chaque fois les symptômes inflammatoires ont disparu en moins de 24 heures. Les lésions cornéennes ont été également très rapidement et très favorablement influencées par le sérum. Les ulcérations cornéennes ont disparu sans laisser aucune trace. Avec les moyens ordinaires (lavages fréquents et nitratages) l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né dure en moyenne de trois à sept semaines ; les ulcérations gonococciques de la cornée aboutissent en général à la perforation, en tous cas, quelle que soit l'issue de l'ulcère cornéen, il persiste toujours des taies, cicatrices indélébiles.

« Aujourd'hui, conclue-t-il, mes cinq observations semblent m'avoir démontré que la gonococcie oculaire du nouveau-né a trouvé son remède dans le sérum antigonococcique ».

L'année suivante Chevallereau et Offret présentent deux nouveaux cas de conjonctivites gonococciques traitées par l'emploi local du sérum de Blaizot.

« Dans les deux cas, disent-ils, l'efficacité du sérum nous parut évidente. Notre communication peut permettre d'espérer que le traitement classique actuel de la conjonctivite gonococcique, douloureux, difficile et surtout encore incertain, fera place à une thérapeutique spécifique. »

De même notre maître, Monsieur le Professeur Cange, devant les affigeants désastres de l'ophtalmie gonococ-

cique et le peu de secours que l'on pouvait trouver dans l'emploi des méthodes de traitement classiques, orienta ce traitement dans une voie nouvelle.

Il crut trouver dans le sérum de Blaizot l'adjuvant nécessaire, le médicament précieux qui devait transformer l'évolution d'un tel fléau.

Une pratique longue de cinq années, de nombreux cas traités, n'ont pas trompé ses espoirs et nous pouvons à l'heure actuelle, envisager sous un jour infiniment moins sévère, sinon favorable, l'ophtalmie purulente gonococcique.

CHAPITRE II

.....

La sérothérapie est le traitement des maladies infectieuses par le sérum des sujets immunisés contre elles. L'injection à un animal, de microbes morts, développe dans son sérum des anticorps, sensibilisatrices, ambocepteurs spécifiques pour ce microbe.

Ce sérum transporté dans un organisme infecté du même microbe, lui apportera des armes efficaces, sous la forme d'anticorps tout préparés, que cet organisme pourra utiliser sans aucun travail de sa part, d'où le nom d'immunisation passive : tel est le principe de la sérothérapie générale.

Mais la plupart des sérums ainsi obtenus, n'apportent dans la lutte contre les maladies qu'une seule arme : leur pouvoir antitoxique. On peut dire en effet, à quelques rares exceptions près, que s'ils sont tous plus ou moins antitoxiques, ils sont à peu près tous nullement antimicrobiens. Et cependant ce pouvoir antimicrobien d'un sérum, est un des principaux facteurs du succès de la sérothérapie locale.

Le sérum de Blaizot devait donc permettre contrairement aux sérums employés avant lui, un espoir beaucoup plus grand de réussite.

Nous avons, en effet, en lui un produit nouveau, pré-

sentant des particularités nouvelles, le distinguant de tous les sérums qui furent utilisés antrieurement.

I) Caractéristiques du Sérum

Ces caractéristiques sont :

1°) L'Hyperimmunisation des animaux par injection quotidienne de microbes ;

2°) L'emploi, pour ces injections, d'une émulsion de gonocoques entiers (non traités à l'alcool-éther, comme ceux de l'Institut Pasteur) et provoquant la formation d'un sérum antimicrobien et antitoxique.

3°) Le choix des bovidés comme animaux récepteurs, donnant un sérum plus actif que les chevaux.

4°) Enfin, l'union au sérum d'un sel d'acridine qui joue le rôle de fixateur entre le sérum et la muqueuse.

Nous allons d'ailleurs donné des renseignements sur la préparation de ce sérum.

II) Préparation du Sérum

Les émulsions vaccinales destinées à l'immunisation des animaux producteurs de sérum sont constituées par un mélange de plusieurs souches de gonocoques, les gonocoques sont récoltés après 48 heures d'étuve, c'est-à-dire sur cultures jeunes pour ces microbes à croissance peu rapide ; on les recueille par centrifugation, procédé qui permet d'obtenir des émulsions fortement concen-

trées et débarrassées des substances inertes des milieux de culture.

Les animaux sont inoculés chaque jour : nous insistons sur ce point, étant donné que l'immunisation quotidienne est aujourd'hui reconnue comme une des conditions indispensables pour obtenir un sérum aussi énergique que possible. Une fois arrivés à la période d'état de leur immunisation les animaux reçoivent quotidiennement environ un trillon de corps microbiens. Les bovidés infiniment plus résistants que les chevaux, supportent ces doses énormes sans accuser la moindre réaction apparente ; ni leur enbompoint, ni leurs fonctions de reproduction n'en sont affectés.

Conjonction

On peut reprocher à tous les sérums antimicrobiens de manquer d'effet microbicide.

In vitro ils constituent même d'excellents milieux de cultures pour les microbes contre lesquels ils sont préparés. Aussi l'adjonction d'un antiseptique approprié apporte-t-il au sérum le pouvoir microbicide qui lui manque.

Le choix du Docteur Blaizot s'est fixé sur la chlorydrate de diamino-méthyl-accridine — ou gonacrine — parce qu'il n'altère pas le sérum, que ses propriétés s'exercent aussi bien qu'en solution acqueuse et que grâce à son pouvoir tinctorial il adhère aux muqueuses et joue le rôle de fixateur entre les substances utiles du sérum et la muqueuse.

Titrage

Le sérum de Blaizot est titré par la déviation du complément, comme le sont à l'Institut Pasteur les sérums

de la même catégorie, impossibles à titrer sur aucun animal réactif.

Présentation

Le sérum est livré dans le commerce en boîtes de trois ampoules de dix centicubes.

III) Mode d'emploi

Dans le service de Monsieur le Professeur Cange, une pratique longue de cinq années a permis de mettre au point la technique suivante.

1°) On fait un grand lavage à l'eau bouillie tiède. Ce lavage a pour but, en dehors de son action antiphlogistique manifeste, de débarrasser les culs-de-sac conjonctivaux du pus qui les encombre.

Ces lavages sont quelquefois difficiles à pratiquer, surtout au début, en raison de la tuméfaction, de la dureté des paupières et par suite de la difficulté qu'on rencontre à écarter ces paupières. On se trouvera bien dans ce cas de se servir d'écarteurs de Desmarres pendant qu'un aide tient le ballon laveur et projette le courant d'eau tiède dans les culs-de-sac. Lorsque la tuméfaction palpébrale a disparu, ces lavages deviennent très faciles. On retourne alors les paupières pour procéder à un nettoyage plus parfait.

2°) Le lavage terminé, on instille le sérum à raison de six à huit gouttes dans chaque œil. Il ne faut pas craindre de faire des instillations abondantes, de telle sorte que le sérum baigne d'une façon parfaite les moindres replis conjonctivaux. Il sera bon de s'aider, comme pour

les lavages et tout au moins dans les premiers jours, d'écarteurs de Desmarres pour permettre au sérum une pénétration plus efficace.

Ce traitement terminé, le malade est laissé au repos, les yeux à découvert ou recouverts tout au plus d'une légère gaze flottante.

Lavages et instillations de sérum devront être répétés très fréquemment, en moyenne toutes les deux heures. On aura avantage, dans certains cas graves, à les pratiquer plus fréquemment encore, toutes les heures, quelquefois même toutes les demi-heures, lorsque les phénomènes inflammatoires sont très marqués, que le pus en particulier se reproduit avec une très grande rapidité.

Comme Offret, nous pensons que c'est dans la fréquence des instillations que réside une des principales raisons du succès, mais contrairement à lui nous ne croyons pas que les lavages soient inutiles. Ils détergent les conjonctives — voire les ulcérations quand elles existent — des sécrétions qui les encombrent. Ils évitent la macération des tissus dans le pus. En un mot, ils font au sérum une place nette. Le contact étant ainsi rendu plus parfait entre les tissus et le sérum, nous croyons que celui-ci doit agir dans les meilleures conditions possibles et fournir son maximum de rendement.

Pendant l'évolution de la maladie nous pratiquons tous les jours un examen microscopique du pus. Cet examen est important pour la marche du traitement. En plus des signes cliniques, il indique s'il faut activer, espacer ou cesser les instillations de sérum. Cet examen microscopique doit se faire sur au moins deux frottis : l'un est coloré par le bleu de méthylène ou par la thionine, l'autre est traité par la méthode de Gram. On sait que le gonocoque ne prend pas le Gram, ce qui permet de le différencier des microbes voisins.

A quel moment doit-on cesser ce traitement ? Deux cas sont à envisager suivant qu'il existe ou non des ulcérations cornéennes. Voyons-les successivement.

1°) *Il n'y a pas de lésion cornéenne.* — C'est alors l'examen microscopique qui donne la principale indication. Nous avons en effet l'habitude de continuer quelques instillations de sérum — plus espacées et moins abondantes, à raison de quelques gouttes, deux à trois fois par jour — pendant les trois à quatre jours qui suivent la disparition de toute trace de gonocoque dans les frottis.

2°) *Il existe des ulcères cornéens.* — La lésion cornéenne donne alors l'indication la meilleure pour la marche du traitement, et il faut continuer les instillations de sérum jusqu'à cicatrisation complète de l'ulcère. Nous montrerons en effet que le sérum possède une action favorisante sur les phénomènes de cicatrisation.

Là encore, lorsque la suppuration a disparu, les instillations sont faites à des intervalles plus éloignés : deux à trois par jour en moyenne. Un seul lavage le matin est suffisant.

Nous nous servons du bleu de méthylène pour mettre en évidence les ulcérations cornéennes. Les moindres érosions épithéliales apparaissent ainsi beaucoup plus nettement qu'avec la fluoresceïne.

Nous venons d'indiquer la marche du traitement que nous suivons à la clinique ophtalmologique d'Alger, c'est-à-dire dans un centre où les examens de laboratoire sont faciles. Il n'en est malheureusement pas de même dans la plupart des cas et pratiquement il faudra agir ainsi :

En présence de toute ophtalmie purulente suspecte on fera un étalement de pus qu'on enverra au laboratoire le plus proche, mais on n'attendra pas la réponse du laboratoire pour commencer le traitement sérothérapi-

que, quitte à changer de thérapeutique si l'examen microscopique est négatif. Il n'y a aucune contre-indication à agir de la sorte. L'application totalement indolore du sérum, son inocuité absolue permettent d'instituer cette thérapeutique para-symptomatique inoffensive, quelquefois même efficace dans les cas où le gonocoque n'est pas lui-même en cause.

On se basera pour cesser le traitement sur les seuls signes cliniques. Là encore, deux cas sont à envisager suivant la présence ou l'absence de lésions cornéennes.

S'il n'y a pas d'ulcère, on prolongera les instillations de sérum deux à trois jours après la disparition de la suppuration qui constituera ici le symptôme directeur.

S'il existe au contraire des ulcérations cornéennes, on continuera la sérothérapie locale jusqu'à cicatrisation complète des ulcères. Les instillations seront de plus en plus réduites en abondance et en nombre, à mesure que l'état s'améliore. Quand la suppuration aura disparu, on se contentera d'instiller seulement deux à trois gouttes matin et soir et de ne plus pratiquer qu'un seul lavage par jour.

On évitera certainement par cette méthode toute possibilité de rechute. Pour notre part, nous n'en avons jamais observé.

Le sérum étant présenté en ampoules de dix centicubes, chaque ampoule une fois ouverte, devra être utilisée dans les quarante-huit heures.

Nous pensons qu'il y aurait intérêt à l'avenir à le présenter en flacons spéciaux pour la pratique ophtalmologique, flacons compte-gouttes par exemple qui permettraient des instillations plus faciles et pourraient servir un temps plus long.

.....

CHAPITRE III

.....

I. RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS DÉJA PUBLIÉES

.....

A. — *Observations de A. Offret*

Observation I

Conjonctivite gonococcique bilatérale ; forme intense Erosion périphérique d'une cornée. — Guérison complète en six jours.

S... Anna, 13 jours. Début de l'ophtalmie purulente des deux yeux : 6 à 7 jours après la naissance.
ODG. Grosse tuméfaction des paupières ;

Sécrétion abondante ;

Chémosis marqué ;

Petite érosion périphérique de la cornée droite vers 5 heures.

36 heures après le début du traitement l'enfant ouvre les yeux ; les paupières ne sont pas gonflées ; les con-

jonctives sont lisses ; la sécrétion est réduite à un peu de muco-pus dans le cul-de-sac inférieur.

L'érosion et l'infiltration cornéennes n'ont pas augmenté ; il existe un petit pinceau vasculaire périkératique à leur niveau.

Quatre jours après les yeux paraissent normaux, il n'y a plus qu'une très fine gouttelette de pus dans l'angle interne. L'érosion et l'infiltration cornéennes sont à peine visibles.

Six jours après, il n'y a plus rien au niveau de la cornée droite, l'enfant sort guérie.

.....

Observation II

Conjonctivite gonococcique bilatérale. Forme intense. Disparition des phénomènes aigus, 24 heures après le début du traitement. Persistance de la sécrétion pendant huit jours. Guérison en dix jours.

L... Fernand, 12 jours. Début de l'ophtalmie trois jours après la naissance. La sage-femme comme traitement de l'ophtalmie a fait une nitratation.

Le 11 mai 1925 date de son entrée l'examen montre les lésions suivantes :

Les deux yeux présentent un gonflement considérable des paupières. Les conjonctives sont très œdématiées. Une sécrétion purulente coule en abondance sur les joues.

Examen de la sécrétion, gonocoques très abondants.

Traitement par le Sérelbé en instillations le 12 mai.

24 heures après le début du traitement les paupières

ne sont pas gonflées, l'enfant ouvre les yeux, la sécrétion est très diminuée.

Le traitement est continué.

Le 15 mai :

L'enfant maintient ses yeux ouverts presque continuellement. Il y a encore une gouttelette de pus dans l'angle ; l'examen microscopique n'y décèle plus de gonocoques.

Le 24 mai :

L'enfant maintient ses yeux ouverts presque continuellement. Il n'y a plus de pus depuis quatre jours.

.....

Observation III

Conjonctivite gonococcique bilatérale ; réaction inflammatoire moyenne ; infiltration des deux cornées. Guérison en deux jours.

D... Andrée, 8 jours. Début de l'ophtalmie deux jours après la naissance.

Soignée en ville par des gouttes d'argyrol et des lavages au permanganate.

Le 7 avril 1925, septième jour de l'ophtalmie des deux yeux. On constate les lésions suivantes : gonflement léger des paupières ;

Pus épais, jaune, abondant ;

Infiltration des deux cornées.

Examen microscopique de la sécrétion : gonocoques intra-cellulaires.

Traitement par instillations de sérum antigonococcique.

Le 8 avril :

Le pus est beaucoup moins abondant

Le 9 avril :

Il n'y a plus de pus. Les yeux paraissent sains ; il n'y a plus rien aux cornées.

Le 12 avril :

L'enfant guérie quitte le service.

Le 20 mai :

La guérison s'est maintenue : les deux yeux sont sains.

.....

Observation IV

Conjonctivite gonococcique unilatérale d'intensité moyenne. Trouble cornéen.
Quérison en quatre jours.

Gr... Jean, 16 jours.

Début de l'ophtalmie neuf jours après la naissance. Au douzième jour, le médecin traitant a constaté au niveau de l'œil droit un gonflement palpébral très marqué ; une sécrétion purulente sanguinolente avec aspect pseudo menbraneux des conjonctives palpébrales.

La cornée était trouble.

Les frottis ont montré de nombreux gonocoques intra et extra-cellulaires. Il a été fait deux centicubes de sérum antidiphtérique.

Le 16 mars 1924, l'examen montre les lésions suivantes :

Au niveau de l'œil droit la paupière supérieure montre un gonflement dur, ; il y a des fausses membranes

sur les conjectives palpébrales. Il existe une sécrétion assez abondante. La cornée est trouble.

Examen microscopique : gonocoques nombreux intra et extra-cellulaires.

Traitement : Instillations de Sérelbé.

24 heures après le début du traitement, les fausses membranes ont disparu ; la paupière supérieure n'est plus œdémateuse ; la sécrétion a beaucoup diminué.

Le 18 mars :

Il n'existe plus qu'une légère sécrétion dans l'angle interne.

Le 19 mars :

Il n'y a plus de sécrétion.

Le 20 mars :

L'enfant est guéri ; les conjonctives sont belles ; là cornée normale.

L'enfant revu deux mois après le traitement va aussi bien que possible.

.....

B) *Observations de MM. Chevallereau et A. Offret*

.....

Observation I

Conjonctivite gonococcique bilatérale chez un adulte. Forme intense; disparition des phénomènes aigus en 24 heures. Disparition de la sécrétion purulente en moins de quarante-huit heures.

M... E..., 26 ans, entre aux Quinze-Vingt le 9 juillet 1926. Le début remonte à trois jours.

De chaque côté, les paupières présentent un œdème rouge énorme ; elles s'écartent difficilement. Il existe un chémosis très volumineux.

La sécrétion épaisse est très abondante.

Les cornées sont indemnes.

L'examen microscopique du pus montre des gonocoques en grand nombre.

Le traitement par instillations de sérum est commencé immédiatement.

Le lendemain 10 juillet :

Les deux paupières sont souples, les yeux s'ouvrent seuls. Le chémosis a disparu.

La sécrétion est très diminuée.

Le 11 juillet :

Les yeux restent ouverts ; la sécrétion est de moins en moins abondante ; elle n'est plus purulente.

Le 13 juillet :

Il n'y a presque plus de sécrétion.

Le 14 juillet :

Les paupières sont encore un peu rouges.

La conjonctive bulbaire est encore hyperhémiée.

Les conjonctives palpébrales supérieures ont perdu leurs fausses membranes et montrent une muqueuse rouge très vivante.

Le 16 juillet :

Il existe encore une légère secrétion muqueuse.

Les conjonctives ont une tendance à reprendre leur aspect normal.

.....

Observation II

Conjonctivite unilatérale gonococcique chez une fillette ; réaction inflammatoire moyenne, mais infiltration des deux tiers supérieurs de la cornée.

Disparition de la sécrétion quatre jours après le début du traitement.

Amélioration très rapide de la complication cornéenne.

S... L... 8 ans, entre à l'hôpital le 25 juin 1926.

Son œil droit est atteint depuis huit jours environ. Elle a été soignée en ville par différents collyres. L'examen montre le jour de son entrée :

Les paupières de l'œil droit sont rouges, gonflées ; il existe un chémosis marqué.

La sécrétion conjonctivale est très abondante.

La cornée est atteinte d'une ulcération qui recouvre les deux tiers internes. Il s'agit d'une ulcération de forme circulaire à surface grisâtre, permettant de voir difficilement la chambre antérieure et l'iris.

L'œil gauche est sain.

L'examen microscopique de la sécrétion montre des gonocoques abondants.

Le traitement par instillations de sérum est commencé dès le soir même.

Le 27 juin :

Les paupières sont plus mobiles ;

Le chémosis a disparu ;

La sécrétion est diminuée ;

La marche de l'ulcère est arrêtée.

Le 2 juillet :

Il n'y a plus de pus depuis deux jours. La cornée s'é-

claircit dans sa partie externe. Le fond de l'ulcère perd son aspect grisâtre pour revenir nettement blanc.

Le 4 juillet :

L'œil reste bien ouvert, il n'y a plus de sécrétion du tout.

Le 16 juillet :

L'infiltration cornéenne diminue de plus en plus et devient de moins en moins épaisse.

.....

II. OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR CANGE

.....

Nous avons divisé ces observations en deux groupes :

Dans le premier le Sérelbé est employé seul.

Dans le deuxième le Sérelbé est employé, soit consécutivement à un autre traitement — les malades ayant été soumis à une autre thérapeutique avant de nous être amenés — soit conjointement à un autre traitement. Nous avons dans certains cas tenté de hâter la guérison par l'adjonction d'un autre médicament.

Nous pourrons ainsi comparer plus parfaitement les résultats obtenus et montrer d'une façon précise que la sérothérapie locale par le Sérelbé est un traitement supérieur à tous ceux qui furent employés antérieurement, que le sérum de Blaizot ne bénéficie nullement d'une association médicamenteuse quelconque et qu'il doit être employé seul

.....

A.) *Le Sérelbé est employé seul*

.....

Observation I

Opthalmie purulente à gonocoques du nouveau-né. Pas de lésion cornéenne.

Sept jours de traitement. Guérison.

X... Z... âgé de quinze jours est hospitalisé le 12 février 1926.

L'ophtalmie purulente aurait débuté huit jours après la naissance. Aucun traitement n'a été pratiqué jusqu'au jour de l'hospitalisation.

Le 12 février, l'examen montre les lésions suivantes :

Les paupières sont rouges, œdématiées.

Les conjonctives sont très hyperhémiées, il existe un chémosis marqué.

Les cornées sont intactes et ont conservé leur transparence.

Dans la sécrétion, d'abondance moyenne, l'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques. Le traitement par les grands lavages suivis d'instillation de sérum est commencé de suite.

Le 14 février : L'inflammation palpébrale est à peine marquée. Le chémosis a disparu. L'enfant peut ouvrir les yeux.

La sécrétion est très diminuée.

Les cornées sont intactes.

Le 16 février : Les paupières ont repris leur aspect normal. Il existe encore une légère sécrétion plutôt muqueuse. Les cornées sont toujours intactes.

Le 18 février : La sécrétion est tarie.

Les instillations sont continuées à raison de deux par jour.

Le 20 février : Les yeux ont repris un aspect absolument normal. L'enfant sort complètement guéri.

.....

Observation II

Ophtalmie purulente gonococcique, bilatérale chez un nourrisson d'un mois. Forme intense. Douze jours de traitement. Guérison.

Z... A... âgé d'un mois est hospitalisé le 15 février 1926.

Le début de l'affection remonterait à deux jours. Aucun traitement n'a été appliqué avant son admission dans le service.

Le 15 février, date de son entrée, l'aspect est le suivant :

Les paupières sont très tuméfiées, le chémosis extrêmement marqué.

Les cornées sont intactes.

Dans la sécrétion purulente très abondante l'examen microscopique décèle de très nombreux gonocoques.

Le traitement par le sérelbé est aussitôt commencé.

Le 18 février :

La tuméfaction des paupières est très diminuée, à tel point que l'enfant peut ouvrir spontanément les yeux.

Les cornées sont toujours intactes.

La sécrétion purulente est manifestement diminuée.

Le 25 février :

Il persiste encore une légère sécrétion muqueuse dans laquelle l'examen microscopique ne décèle plus de gonocoques.

Le 28 février :

La guérison est complète.

.....

Observation III

Ophtalmie purulente à gonocoques bilatérale du nouveau-né. Les cornées sont le siège d'ulcères étendus avec perforation à droite.

Quinze jours de traitement. Cicatrisation rapide des ulcères.

S... Z..., âgé de 14 jours est hospitalisé le 5 août 1927.

L'ophtalmie purulente a débuté quelques heures après la naissance.

Le jour de son admission dans le service on constate les lésions suivantes :

Les paupières sont très œdématiées, très dures.

Les deux cornées présentent des ulcérations très étendues. A droite il y a perforation centrale avec prolapsus irien du volume d'une tête de mouche.

La sécrétion est extrêmement abondante, les gonocoques y sont très nombreux.

De suite le traitement par les grands lavages suivis d'instillations de Sérelbé est institué.

Le 8 août :

La tuméfaction palpébrale est à peine marquée.

La sécrétion est beaucoup moins abondante.

Les ulcères cornéens sont bien détergés.

Le 12 août :

La tuméfaction palpébrale a disparu.

La sécrétion à peine marquée, les polynucléaires prennent bien les colorants, les gonocoques sont très rares.

A droite, le reste de la cornée autour du prolapsus a très bon aspect.

A gauche, l'ulcère se cicatrise bien.

Le 22 août :

Il n'y a plus de sécrétion depuis cinq jours. Le résultat est le suivant :

A droite : Leucome adhérent ;

A gauche : petit staphylome central de la cornée de la grosseur d'une lentille.

.....

Observation IV

Ophtalmie purulente à gonocoques chez un nourrisson de 8 mois.

La cornée droite est le siège d'un ulcère étendu à la moitié de sa surface.

Douze jours de traitement.

Cicatrisation rapide de l'ulcère.

F... H... âgé de 8 mois est admis dans le service le 11 septembre 1929.

Le début de l'affection remonterait à une dizaine de jours environ.

Le jour de son entrée l'aspect est le suivant :

Grosse tuméfaction des paupières.

Sécrétion très abondante s'écoulant sur les joues.

A gauche la cornée est intacte.

A droite, le chemosis est très marqué avec ulcère central de la cornée étendu à la moitié de sa surface.

L'examen microscopique décèle dans le pus des gonocoques extrêmement nombreux.

On commence de suite le traitement par le sérum.

Le 13 septembre :

La tuméfaction palpébrale est très diminuée, les paupières à peine rouges.

La secrétion beaucoup moins abondante ne s'écoule plus spontanément au dehors.

La cornée gauche est intacte.

A droite le chemosis a disparu, l'ulcère cornéen est bien détergé.

Le 16 septembre :

Après cinq jours de traitement, il n'existe plus à gauche qu'une légère sécrétion muqueuse dans laquelle il n'y a plus de gonocoques. Les polynucléaires sont nets, l'œil reste ouvert.

A droite, il existe encore une légère secrétion purulente, l'examen microscopique y décèle de rares gonocoques.

Les paupières sont souples.

L'ulcère est en voie de cicatrisation, un fin lacis artériel parcourt le reste de la cornée.

Le 20 septembre :

La sécrétion est tarie des deux côtés.

A gauche, la restitutio ad integrum est totale.

A droite il existe une taie centrale de trois millimètres carrés de surface environ.

.....

Observation V

Ophtalmie purulente à gonocoques du nouveau-né.

Pas de lésion cornéenne.

Quatre jours de traitement. Guérison.

B... O... âgé de neuf jours est hospitalisé le 9 mars 1929.

L'ophtalmie aurait débuté trois jours après la naissance.

Le jour de son entrée l'aspect est le suivant :

Les paupières sont très œdematiées ;

La sécrétion purulente très abondante.

Il existe des deux côtés un léger chemosis. Il n'y a pas de lésion cornéenne.

Le 11 mars :

L'œdème et la rougeur palpébrales ont disparu.

La sécrétion est très diminuée. L'examen microscopique n'y décèle plus de microbes, les polynucléaires sont très nettement colorés.

Les cornées sont toujours intactes.

Le 13 mars :

La guérison est complète.

.....

Observation VI

Ophtalmie purulente du nouveau-né.

Pas de lésions cornéennes.

Huit jours de traitement. Guérison.

H... V..., âgé de 25 jours, est amené le 22 septembre 1930.

L'ophtalmie purulente a débuté douze jours après la naissance. Successivement l'œil gauche puis l'œil droit, sont pris à trois jours d'intervalle. Aucun traitement n'a été pratiqué jusqu'au jour de l'hospitalisation. Le Crédé avait été pratiqué à la naissance. Le jour de son admission dans le service l'aspect est le suivant :

Grosse tuméfaction des paupières.

Les conjonctives sont très hyperhémiées ; le chémosis est très marqué des deux côtés.

Les cornées sont intactes et ont conservé leur transparence.

Dans la sécrétion très abondante l'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques. Le traitement par les grands lavages suivis d'instillation de sérum toutes les deux heures est commencé de suite.

Le 23 septembre :

L'aspect est sensiblement le même ; les phénomènes inflammatoires sont un peu moins intenses. Les cornées toujours intactes.

Il y a toujours de nombreux gonocoques dans la sécrétion, les polynucléaires sont cependant plus nets et se colorent mieux.

Le 24 septembre :

La tuméfaction palpébrale est nettement diminuée. L'hyperhémie des conjonctives palpébrales et épibulbaires est en voie de régression. Il n'y a plus de chémosis.

Les cornées conservent leur transparence.

La sécrétion est moins épaisse. Les gonocoques y sont moins nombreux, prennent moins bien les colorants et semblent en voie de digestion.

Le 26 septembre :

L'enfant ouvre spontanément les yeux. Les paupières sont facilement retournées.

L'hyperhémie des conjonctives palpébrales et bulbaires est à peine marquée.

La sécrétion est devenue muco-purulente .

Les gonocoques y sont de moins en moins nombreux.

Les cornées sont toujours intactes.

Le 28 septembre :

Les paupières ont leur aspect normal.

La sécrétion est presque tarie et se réduit à un petit bouchon jaunâtre dans les angles internes.

L'examen microscopique attentif n'y décèle plus de microbe.

Le traitement est poursuivi à raison de trois instillations (matin, midi et soir), pendant trois jours encore.

Le 1er octobre :

Tous les phénomènes ont disparu. Les yeux de l'enfant sont absolument normaux ; l'enfant sort guéri. Le traitement est abandonné.

Nous revoyons cet enfant une quinzaine de jours après.. Aucun phénomène alarmant n'est réapparu. La guérison se maintient absolue.

.....

Observation VII

Ophtalmie purulente bilatérale à gonocoque du nouveau-né. Forme d'intensité moyenne.

Pas de lésions cornéennes.

Huit jours de traitement. Guérison.

M... M..., âgé de 16 jours nous est amené le 16 septembre 1930.

La mère a accouché à l'hôpital. Les suites ont été absolument normales. Le Crédé a été pratiqué.

L'ophtalmie purulente aurait débuté 12 jours après la naissance. L'œil droit, puis l'œil gauche sont pris à trois jours d'intervalle.

L'enfant nous est amené quatre jours après. Aucun traitement n'a été pratiqué si ce n'est des lavages à l'eau chaude.

A ce moment l'aspect est le suivant :

Les paupières sont très tuméfiées.

Les conjonctives palpébrales et bulbaires sont très rouges, il n'y a pas de chémosis.

Les cornées sont intactes.

Dans la sécrétion purulente de moyenne abondance, l'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques.

Le traitement par le Sérelbé est aussitôt institué.

Le 18 novembre :

La tuméfaction palpébrale a déjà diminué à tel point que l'enfant ouvre spontanément ses yeux.

Les conjonctives sont moins rouges.

Les cornées toujours intactes.

La sécrétion purulente est toujours abondante, les gonocoques nombreux.

Le 22 novembre :

Il n'y a plus de tuméfaction des paupières.

L'hyperhémie conjonctivale est à peine marquée.

La sécrétion s'est transformée, est devenue muqueuse.

L'examen microscopique n'y décèle plus de microbes.

Le 24 novembre :

La guérison est complète.

L'enfant est revu deux semaines après. La guérison s'est maintenue absolue.

.....

Observation VIII

Ophtalmie purulente à gonocoques chez un nourrisson de sept jours. Forme unilatérale.

Pas de lésions cornéennes.

Cinq jours de traitement. Guérison.

L... A..., sept jours, est hospitalisé le 19-3-27.

L'ophtalmie purulente aurait débuté immédiatement après la naissance au niveau de l'œil droit .Aucun traitement n'est pratiqué jusqu'au jour où l'enfant nous est amené.

La mère avait avant la naissances des pertes vaginales abondantes depuis plus de deux ans.

Un examen microscopique de ces sécrétions montre des gonocoques.

Le jour de son hospitalisation l'aspect est le suivant :

Au niveau de l'œil droit : les paupières sont tuméfiées et rouges, difficilement écartables.

Les conjonctives palpébrales et bulbaires sont le siège d'une hyperhémie intense, il existe un chémosis marqué.

La cornée a conservé sa transparence.

Dans la sécrétion purulente de moyenne abondance l'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques.

L'œil gauche est indemne.

Le traitement par les grands lavages suivis d'instilla-

tions toutes les deux heures est immédiatement commencé. On en instille préventivement dans l'œil droit.

Le 20 mars :

La tuméfaction des paupières est déjà très diminuée. Le chémosis a disparu.

La sécrétion purulente est toujours aussi marquée.

La cornée toujours intacte.

Le 21 mars :

L'enfant ouvre spontanément les yeux.

L'hyperhémie conjonctivale est très diminuée.

La sécrétion est d'apparence muqueuse.

L'examen microscopique y décèle de rares gonocoques. Les polynucléaires prennent beaucoup mieux les colorants qu'au début.

La cornée toujours intacte.

Le 22 mars :

Dans la légère sécrétion qui persiste, il n'y a plus de gonocoques.

Le 23 mars :

Tous les symptômes ont disparu; la guérison est complète.

L'enfant est revu un mois après. La guérison est parfaite.

.....

Observation IX

Ophtalmie purulente à gonocoques, bilatérale chez un nourrisson de 21 jours.

Forme d'intensité moyenne. Pas de lésions cornéennes.

Guérison en cinq jours.

A... M... âgé de 21 jours nous est amené le 5 décembre 1930.

L'ophtalmie purulente a débuté dix-huit jours après la naissance (le Crédé a été pratiqué).

La mère a des pertes vaginales depuis fort longtemps.

L'examen microscopique y décèle quelques gonocoques. Le jour de l'admission dans le service l'aspect est le suivant.

ODG. — Grosse tuméfaction des paupières rendant difficile l'examen des globes oculaires.

Les conjonctives sont très rouges, il n'y a pas de chémosis.

Les cornées sont intactes.

La suppuration est abondante. De nombreux gonocoques y sont décélés par l'examen microscopique.

On institue de suite le traitement sérothérapique.

Le 6 décembre :

La tuméfaction palpébrale a presque disparu.

Les autres symptômes sont les mêmes.

Le 8 décembre :

L'enfant ouvre spontanément les yeux.

L'hyperhémie conjonctivale est très diminuée de même que la sécrétion dans laquelle il n'y a plus de gonocoques.

Le 10 décembre :

Tous les phénomènes inflammatoires ont disparu. Les cornées sont intactes.

L'enfant sort trois jours après parfaitement guéri.

.....

Observation X

Ophtalmie purulente à gonocoques, bilatérale chez un nourrisson de un mois.

Forme d'intensité moyenne. Pas de lésions cornéennes six jours de traitement. Guérison.

J... S..., âgé de un mois, est amené à l'hôpital le 10 décembre 1930.

L'ophtalmie a débuté il y a une dizaine de jours, donc 20 jours après l'accouchement. La méthode de Crédé a été pratiquée. La mère a des pertes vaginales depuis son mariage. (Deux ans). On y trouve des gonocoques. Le jour de l'admissian dans le service, on constate les lésions suivantes.

Tuméfaction palpébrale assez intense des paupières.

Hyperhémie conjonctivale avec chemosis O.D.G.

Les cornées ont conservé leur transparence.

La sécrétion purulente est de moyenne abondance. L'examen microscopique y décèle de nombreux gonocoques.

On institue immédiatement le traitement sérothérapique.

Le 12 décembre :

La tuméfaction palpébrale a presque totalement retrocédé, il n'y a plus de chémosis.

Les cornées sont intactes.

La sécrétion est très diminuée.

Le 14 décembre :

Les yeux de l'enfant s'ouvrent spontanément.

Il persiste une légère rougeur des conjonctives.

Dans la légère sécrétion qui persiste il n'y a plus de gonocoques.

Les cornées sont très claires.

Le 16 décembre :

Les yeux ont repris leur aspect normal. Il n'y a plus de sécrétion depuis la veille.

L'enfant sort le surlendemain absolument guéri.

.....

Observation XI

Ophtalmie purulente de l'adulte, unilatérale, évoluant depuis deux jours. Pas de lésions cornéennes. Quatre jours de traitement. Guérison.

B... A..., âgé de 36 ans entre à l'hôpital le 21 août 1926.

Le 19 au matin, le malade s'aperçoit au réveil que son œil gauche est rouge. Le 20 la sécrétion devient très abondante. Le 21 ne voyant aucune amélioration, il se fait hospitaliser. L'examen montre à ce moment :

A gauche : les paupières sont tuméfiées et rouges, la supérieure est très dure.

La sécrétion est abondante.

Il existe un chemosis marqué.

La cornée est intacte.

L'œil droit n'est pas touché.

Le malade nie toute gonococcie antérieure ; l'examen confirme ses dires. Sa femme présente cependant des pertes abondantes.

Toujours est-il que l'examen microscopique décèle dans la sécrétion conjonctivale du malade de nombreux gonocoques.

Le traitement par le Sérelbe est de suite institué. On instille préventivement du sérum dans l'œil intact.

Le 23 août :

La tuméfaction palpébrale est très diminuée, la paupière supérieure est redevenue souple et peut être retournée.

La sécrétion est à peine marquée, l'examen n'y décèle plus que de rares gonocoques.

Le chemosis a disparu. La cornée est toujours intacte, de même que l'œil droit.

Le 24 août :

Il persiste à peine au niveau des paupières une légère rougeur.

Il n'y a plus de gonocoques dans la légère sécrétion muqueuse qui persiste, les polynucléaires y ont pris une netteté toute spéciale.

Le 25 août :

Il n'y a plus de sécrétion.

Les paupières sont souples, la conjonctive légèrement rouge. La cornée est intacte.

Le 26 août :

La guérison est totale.

.....

Observation XII

Ophtalmie purulente unilatérale à gonocoques chez un adulte atteint de blennorragie.

Traitement tardif par le Sérelbé alors que la cornée est déjà le siège d'un ulcère étendu. Cicatrisation rapide en six jours.

K... A..., 18 ans, entre à l'hôpital le 30 octobre 1927. Le malade est atteint de blennorragie depuis un mois. L'œil droit a été contaminé depuis six jours et présente au moment de son entrée l'aspect suivant :

Les paupières sont œdematiées, rouges, la supérieure est très dure.

La sécrétion purulente très abondante est projetée au dehors lors de l'ouverture des paupières.

La conjonctive bulbaire est chémotique.

Il existe une large ulcération ovalaire de la cornée vers deux heures, la membrane de Descemet fait hernie au centre de l'ulcère tout autour la cornée est infiltrée.

Le malade compte les doigts à 30 centimètres.

Le 2 novembre :

Après trois jours de traitement les paupières ne sont plus tuméfiées, la supérieure est redevenue souple et peut être retournée.

La sécrétion est presque tarie.

Il n'y a plus de chémosis.

L'ulcère est bien détergé, tout autour de lui l'infiltration cornéenne a presque disparu.

La cornée est le siège d'une vascularisation réparatrice de bon aloi.

Le 3 novembre :

La sécrétion est tarie. La cicatrisation de l'ulcère s'organise.

Le 9 novembre :

La guérison est établie, avec un leucome cornéen de forme elliptique, non adhérent. Le malade a 1/50^{e} d'acuité visuelle.

Le 30 novembre :

Une iridectomie entre 5 et 6 heures, est pratiquée par le Professeur Cange, rendant au malade une acuité visuelle de 4/10^{e}.

Notons que l'œil gauche indemne de toute lésion au début, et dans lequel du sérum avait été instillé préven-

tivement, est resté intact pendant toute la durée de la maladie.

.....

Observation XIII

Ophtalmie purulente bilatérale chez un adulte atteint de blennorragie. Traitement tardif par le Sérelbé alors que la cornée droite est le siège d'un ulcère étendu avec perforation. Cicatrisation de l'ulcère en huit jours. L'œil gauche indemne de lésions cornéennes est guéri en trois jours.

B... G... âgé de 18 ans, entre à l'hôpital le 9 janvier 1928, il est porteur d'une blennorragie depuis trois mois. La contamination de son œil droit s'est faite depuis dix jours. L'œil gauche n'a été pris que la veille de son entrée.

Le 9 janvier, jour de son hospitalisation, l'aspect est le suivant :

A droite : grosse tuméfaction des paupières, avec dureté ligneuse de la supérieure.

La sécrétion purulente est très abondante, l'examen microscopique y décèle de nombreux gonocoques.

Le chémosis est marqué.

La cornée est le siège d'un ulcère étendu avec perforation et prolapsus irien vers 11 heures. $\overline{V} = o$.

A gauche : mêmes phénomènes inflammatoires au niveau des paupières et des conjonctives.

La cornée est intacte.

On institue immédiatement le traitement par le Sérelbé.

Le 10 janvier :

L'état est le même. Le malade accuse cependant une diminution nette des douleurs.

Le 12 janvier :

OG. — La tuméfaction, le chemosis, la sécrétion ont disparu ; la cornée reste intacte.

OD. — Les phénomènes inflammatoires sont très atténués. La sécrétion très diminuée.

L'ulcère a bon aspect.

Le 15 janvier :

OD. — Il n'y a plus de sécrétion.

L'ulcère est en bonne voie de cicatrisation.

La projection est bonne.

Le traitement est continué jusqu'au 20.

Le 20 janvier :

OG : restitutio ad integrum.

OD : vaste leucome adhérent vers 11 heures. Le malade compte les doigts à 20 centimètres.

Le 28, M. le Professeur Cange pratique une iridectomie entre une heure et deux heures dans d'excellentes conditions rendant au malade une acuité visuelle de 4/10e.

.....

Observation XIV

Ophtalmie purulente unilatérale chez un adulte atteint de blennorragie.

Traitement tardif par le Sérelbé alors que la cornée est déjà infiltrée dans sa totalité et perforée en son centre avec prolapsus irien.

Cicatrisation rapide en 12 *jours.*

M... H..., 25 ans, entre à l'hôpital le 8 août 1928. Il est porteur d'une blennorragie remontant à une quinzaine de jours. L'œil droit est contaminé depuis dix jours. L'œil gauche n'est pas touché.

Le jour de son entrée l'aspect est le suivant.

OD : Les paupières sont très œdématiées, très rouges la supérieure a une consistance ligneuse.

La sécrétion purulente est très abondante.

Le chemosis est marqué.

La cornée est prise et infiltrée dans sa totalité avec perforation centrale et hernie de l'iris du volume d'une tête de mouche.

V = o : L'œil semble perdu.

OG : L'œil est intact.

Le traitement par le Sérelbé est tout de même institué de suite, en même temps qu'on instille préventivement du sérum dans l'œil sain.

Le 11 août :

L'état est stationnaire. La tuméfaction est cependant en voie de régression, les douleurs ont disparu.

Le 13 août :

La tuméfaction a dispru, la paupière supérieure est encore rouge, mais elle a repris sa souplesse normale et peut être retournée.

Il n'y a plus de chémosis.

La sécrétion est très diminuée, l'examen microscopique y décèle encore des gonocoques.

L'ulcère cornéen est bien détergé, la cornée moins infiltrée autour de l'ulcère. La hernie de l'iris a régressé.

Le 15 août :

Il n'y a plus de sécrétion.

La cornée redevient transparente sur un pourtour de deux millimètres, elle est parcourue par un fin lacis artériel de réparation de bon aloi. L'iris est toujours enclavé.

Le traitement est continué à raison de 4 instillations quotidiennes jusqu'au 20.

Le 20 août :

La cicatrisation est établie. Le résultat est le suivant :

Leucome central adhérent, cornée transparente sur un pourtour de 3 millimètres, la chambre antérieure est aplatie.

Une iridectomie est pratiquée quinze jours plus tard rendant à cet œil qui semblait perdu une acuité de 2/10e.

.....

Observation XV

Ophtalmie purulente à gonocoques chez une femme de 28 ans.

Traitement par le Sérelbé tardivement alors que les cornées sont infiltrées dans leur totalité.

Au cinquième jour de traitement la sécrétion est tarie, les ulcères entrent en voie de cicatrisation.

G... F..., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital le 27 octobre 1926. Le début de l'affection remonte déjà à une quinzaine de jours.

Le jour de son entrée, l'aspect est le suivant :

La tuméfaction des paupières est très marquée ;

La sécrétion purulente abondante sort en jet à l'ouverture des paupières.

OG. Gros chémosis.

La cornée est infiltrée dans sa totalité, et prend le bleu de méthylène sur la moitié centrale de son étendue.

V = perception lumineuse.

OD : Abcès de la cornée avec réaction sur l'iris qui est sale et réagit mal à la lumière. Il y a des synéchies.

V = perception lumineuse.

L'examen microscopique du pus décèle de nombreux gonocoques.

On institue immédiatement le traitement par les grands lavages et les instillations de sérum, deux gouttes d'atropine sont en plus instillées à droite à cause de la réaction irienne.

Le 29 octobre :

La tuméfaction des paupières est déjà diminuée, les supérieures sont moins rouges et moins dures.

La sécrétion est moins abondante, et n'est plus projetée au dehors lors de l'écartement des paupières.

Le chémosis a disparu.

L'aspect des cornées est sensiblement le même.

Le 2 novembre :

La tuméfaction palpébrale a disparu, les paupières supérieures peuvent être retournées.

Il n'y a plus qu'une légère sécrétion muqueuse dans laquelle l'examen ne décèle plus de gonocoque.

Les ulcérations cornéennes ont bon aspect et sont bien détergées. Tout autour d'elles l'infiltration cornéenne est en régression. L'iris droit a repris son aspect normal, les synechies sont rompues.

Le 4 novembre :

La sécrétion est totalement tarie.

L'infiltration cornéenne a disparu autour des ulcères, ceux-ci sont en bonne voie de cicatrisation.

Le traitement est poursuivi à raison de trois instillations quotidiennes jusqu'à cicatrisation complète des ulcères qui est obtenue au bout de huit jours. L'aspect est alors le suivant :

Le 12 novembre :

OD : chambre antérieure de profondeur normale. Il persiste deux petites opacités cornéennes à midi et à six heures.

V = 2/10e.

OG. : L'opacité cornéenne est un peu plus étendue occupant le centre de la cornée. La projection est bonne dans toutes les directions.

La chambre antérieure est normale, laissant toute possibilité pour une iridectomie optique ultérieure.

.....

Observation XVI

Ophtalmie purulente à gonocoques, bilatérale, chez une femme de 18 ans.

Traitement par le Sérelbé vingt jours après le début de l'affection alors que la cornée droite est perforée.

Les gonocoques disparaissent rapidement de la sécrétion. Guérison en quinze jours avec leucome adhérent à droite. A gauche la cornée reste intacte.

G... S..., âgée de 18 ans, entre à l'hôpital le 25 février 1927.

Le début de l'affection remonte à une vingtaine de jours à droite. L'œil gauche a été pris plus tardivement il y a six jours.

Le jour de son admission dans le service, l'examen montre les lésions suivantes.

Tuméfaction palpébrale intense, les paupières supérieures ont une dureté ligneuse.

La sécrétion est très abondante, s'échappant en jet lors de l'ouverture des paupières.

OD : Chémosis marqué, débordant la cornée. La cornée est infiltrée dans sa presque totalité et perforée vers cinq heures où l'iris fait hernis en tête de mouche. La vision est réduite à la perception lumineuse.

OG : La réaction conjonctivale est aussi intense.

La cornée est intacte.

La vision est restée bonne.

L'examen microscopique du pus décèle de nombreux gonocoques.

Le traitement par les grands lavages suivis d'instillations de sérum toutes les heures est immédiatement institué.

Le 27 février :

La tuméfaction palpébrale est beaucoup moins marquée ; la rougeur moins vive. La malade accuse une sensation de bien-être. La sécrétion est diminuée et ne s'écoule plus en jet.

L'état des cornées est le même.

Le 29 février :

La tuméfaction palpébrale a disparu, il persiste une légère rougeur des paupières. Les supérieures ont recouvré leur souplesse normale et peuvent être retournées.

La sécrétion est réduite à un léger écoulement muqueux à gauche, où il n'y a plus de gonocoques. A droite l'examen microscopique minutieux y décèle de rares microbes.

Le chémosis a disparu.

La cornée commence à s'éclaircir à sa périphérie.

L'ulcère est bien détergé et entre en voie de cicatrisation.

Le 3 mars :

Il n'y a plus de sécrétion.

OG : Restitio ad integrum.

OD : La cornée est vascularisée autour de l'ulcère. Celui-ci commence à se réduire, il y a toujours un petit enclavement irien.

Le traitement est encore continué pendant cinq jours (un seul lavage, instillations de sérum trois fois par jour).

Le 8 mars 1927 :

La cornée droite ne prend plus le bleu de méthylène, la cicatrisation est complète ; le résultat est donc :

OG : Restitutio ad integrum.

OD : Leucome adhérent inféro-interne attirant vers le bas le bord pupillaire. La vision très améliorée est de 0,4.

.....

Observation XVII

Ophtalmie purulente à gonocoques, bilatérale, chez une femme de 23 ans. Forme intense.

Petite érosion superficielle et périphérique de la cornée droite.

Guérison en cinq jours avec restitutio ad integrum.

S... F..., 23 ans, entre à l'hôpital, le 23 novembre 1929.

Le début de l'affection remonte à quatre jours.

Au moment de son entrée l'aspect est le suivant :

Grosse tuméfaction des paupières avec induration ligneuse des supérieures.

La sécrétion est extrêmement abondante s'écoulant sur les joues de la malade.

OG : Chémosis marqué recouvrant la périphérie de la cornée. Celle-ci est intacte.

OD : Même chémosis, il existe une petite érosion périphérique vers cinq heures.

L'examen microscopique du pus décèle de nombreux gonocoques.

On institue le traitement par les grands lavages suivis d'instillation de Sérelbé.

Le 24 novembre :

La tuméfaction palpébrale est très diminuée ; la malade ne souffre plus.

La sécrétion ne s'écoule plus spontanément au dehors.

Le chémosis a presque disparu ; le petit ulcère cornéen est bien détergé et ne semble pas vouloir s'étendre.

Le 25 novembre :

La tuméfaction, l'induration des paupières supérieures ont disparu, la malade peut ouvrir les yeux.

Il n'y a plus qu'une légère sécrétion muqueuse avec de rares gonocoques, les polynucléaires sont très nets.

Il n'y a plus de chémosis.

L'ulcère cornéen est en voie de régression.

La cornée gauche est toujours intacte.

Le 26 novembre :

Il n'y a plus de sécrétion.

L'ulcère cornéen se teint encore légèrement.

Le 27 novembre :

La guérison est totale. A peine persiste-t-il un léger dépoli de la cornée au niveau de l'ulcère.

.....

Observation XVIII

Ophtalmie purulente à gonocoques, bilatérale, chez une femme de 21 ans. Forme intense. Pas de lésions cornéenne. Traitement par le Sérelbé dès le début. Guérison complète en six jours.

K... H..., 21 ans, entre à l'hôpital le 22 décembre 1929. Le début de l'affection remonte à deux jours. Au moment de son admission dans le service l'état est le suivant :

Les paupières sont très rouges, tuméfiées, indurées.

La suppuration est extrêmement abondante, s'écoulant sur les joues de la malade et s'échappant en jet lors de l'ouverture des paupières.

Gros chémosis débordant en un large bourrelet sur les cornées. Ces dernières ne sont pas touchées.

L'examen microscopique décèle de très nombreux gonocoques.

On institue immédiatement le traitement habituel, mais on le répète toutes les heures en raison de l'abondance de la suppuration.

Le 24 décembre :

La tuméfaction palpébrale est encore marquée, l'induration des paupières supérieures ne permet pas de les retourner.

La sécrétion est toujours abondante.

Le chémosis a régressé.

Les cornées toujours intactes.

Le 27 décembre :

La tuméfaction palpébrale est très diminuée, les paupières supérieures ont repris leur souplesse normale et peuvent être facilement retournées.

La sécrétion est très diminuée, l'examen microscopique y décèle encore de rares gonocoques, les polynucléaires ont une netteté remarquable.

Les cornées conservent leurs aspect normal.

Le 29 décembre :

Tuméfaction palpébrale et chémosis ont disparu.

Il n'y a plus de gonocoques dans la légère sécrétion muqueuse qui persiste.

Le 1er décembre :

La guérison est complète.

L'acuité visuelle est normale. La malade sort deux jours après.

.....

Observation XIX

Ophtalmie purulente à gonocoques chez un homme de quarante ans, porteur d'une blennorragie.

Forme très grave, avec ulcérations cornéennes centrales bilatérales.

Dix jours de traitement. Disparition rapide des phénomènes inflammatoires et cicatrisation des ulcères.

M... S..., 40 ans, entre à l'hôpital le 17 décembre 1927.

Il a contracté, il y a une quinzaine de jours, une blennorragie qui persiste encore le jour de son entrée. Ses yeux ont été pris huit jours après le début de son écoulement uréthral. Aucun traitement n'a été pratiqué.

Le jour de son hospitalisation, l'aspect est le suivant.

Grosse tuméfaction palpébrale.

Injection très intense des conjonctives palpébrales et bulbaires. Le chémosis est très marqué.

Dans la sécrétion purulente abondante, l'examen microscopique décèle de très nombreux gonocoques.

OD : La cornée est infiltrée dans sa totalité et présente en son centre un ulcère de quatre millimètres carrés environ. La vision est réduite à la perception lumineuse.

OG : La cornée est moins infiltrée, mais est de même ulcérée en son centre. Le malade compte les doigts à dix centimètres.

Le traitement par lavages et instillations de Sérelbé est institué de suite. On institue en même temps le traitement de son uréthrite.

Le 19 décembre :

La tuméfaction des paupières, le chémosis sont très diminués.

La sécrétion purulente est toujours très abondante.

Les ulcérations cornéennes ont meilleur aspect.

Le 21 décembre :

Tuméfaction palpébrale et chémosis ont disparu.

L'infection conjonctivale est beaucoup moins marquée.

La sécrétion est moins abondante. L'examen microscopique montre des polynucléaires beaucoup mieux colorés, des gonocoques groupés en amas.

Les cornées s'éclaircissent, les ulcères sont bien détergés et ne montrent aucune tendance à s'étendre.

Le 23 décembre :

La sécrétion est plutôt muqueuse. L'examen y montre de rares gonocoques.

L'infiltration cornéenne a disparu autour des ulcérations pour faire place à une vascularisation de bon aloi Les ulcères sont en bonne voie de cicatrisation.

Le 25 décembre ;

Il n'y a plus de gonocoques dans la légère sécrétion muqueuse qui persiste.

La cicatrisation cornéenne s'accentue à droite ; elle est terminée à gauche.

Le 27 décembre :

Tous les symptômes ont disparu. Le résultat est le suivant.

OD : Leucome central opaque. V = 1/50e.

OG : Taie paracentrale à 7 heures V = 4/10e.

Une iridectomie optique sera pratiquée à droite un mois plus tard rendant 5/10e d'acuité.

.....

Observation XX

Ophtalmie purulente à gonocoques, unilatérale, chez un homme de dix-huit ans, porteur de blennorragie. Forme grave. Perforation de la cornée avec enclavement irien.

Douze jours de traitement. Disparition des phénomènes inflammatoires et cicatrisation de l'ulcère.

F... J.-B..., âgé de 18 ans, entre à l'hôpital le 29 novembre 1927.

Il a contracté, il y a un mois et demi une blennorragie pour laquelle il ne s'est pas soigné.

Depuis dix-huit jours, son œil gauche est le siège de phénomènes inflammatoires violents qui le décident à entrer à l'hôpital. A ce moment l'aspect est le suivant :

OG : Très grosse tuméfaction palpébrale, les paupières sont écartées avec difficulté et montrent une hyperhémie conjonctivale très intense, un chémosis très marqué enserrant la cornée.

Celle-ci est le siège d'un large ulcère avec perforation paracentrale à neuf heures et hernie de l'iris.

La sécrétion est extrêmement abondante avec de nombreux gonocoques à l'examen microscopique. L'œil semble perdu.

OD : Pas de phénomènes inflammatoires.

La cornée est le siège d'une taie paracentrale à huit heures, reliquat d'une brûlure.

Le traitement par le Sérelbé est institué immédiatement, du sérum est instillé préventivement dans l'œil sain.

Le 1er décembre :

L'aspect est le même.

Le 3 décembre :

Tuméfaction et hyperhémie conjonctivale ont regressé. Les paupières sont écartées sans difficulté. Le chémosis a disparu.

La sécrétion est moins abondante.

La cornée est moins infiltrée autour de l'ulcère. Celui-ci est bien détergé et ne semble pas vouloir s'étendre.

Le 5 décembre.

La paupière supérieure est souple. Le malade ne souffre plus.

La sécrétion est beaucoup moins abondante, plus fluide, il y a toujours des gonocoques.

La cornée est le siège, tout autour de l'ulcère, d'une vascularisation de bon aloi.

L'ulcère est en bonne voie de cicatrisation.

Le 7 décembre 1927 :

Il n'y a plus de sécrétion.

La cornée ne prend le bleu de méthylène que sur une

toute petite surface. La chambre antérieure est reformée.

Le 11 décembre 1927 :

Tous les phénomènes ont disparu.

La cornée est le siège d'un leucome adhérent réduisant la vision à 2/50e.

Deux mois plus tard une iridectomie optique est pratiquée dans le service permettant une acuité de 4/10e.

.....

Observation XXI

Ophtalmie purulente à gonocoques chez un homme de 55 ans porteur d'une blennorragie en évolution.

Forme grave, avec ulcère cornéen des deux côtés.

Dix jours de traitement. Régression rapide des phénomènes inflammatoires et du processus ulcératif.

B... M..., âgé de 55 ans, entre dans le service le 10 septembre 1928. Il est porteur d'une blennorragie depuis un mois.

Les accidents oculaires ont débuté il y a dix jours et les phénomènes inflammatoires et douloureux ne faisant que s'accentuer, le malade entre à l'hôpital. L'examen montre alors les lésions suivantes.

OD : Grosse tuméfaction et rougeur des paupières.

L'hyperhémie conjonctivale est très vive ; le chémosis très marqué.

La cornée est le siège d'un ulcère central très large autour duquel il existe une grosse infiltration.

La suppuration est très intense, le malade compte les doigts à dix centimètres.

L'examen microscopique du pus décèle de nombreux gonocoques.

OG. La cornée est aussi le siège d'un ulcère central plus étendu qu'à droite, empiétant largement sur le quadrant inférieur. Le reste de la cornée est dépoli. Le malade voit passer l'ombre de la main.

Dans la suppuration, très abondante des deux côtés, l'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques. Le cas semble désespéré ; on institue tout de même le traitement par le Sérelbé.

Le 12 octobre :

La tuméfaction des paupières est moins marquée.

Les autres phénomènes persistent, les ulcères n'ont pas augmenté.

Le 14 octobre :

La tuméfaction des paupières supérieures a disparu, elles peuvent être retournées facilement. Le chémosis n'existe plus. Les cornées ne sont plus infiltrées autour des ulcères mais sont parcourues par un fin réseau de réparation. Les ulcères sont bien détergés et entrent en voie de cicatrisation.

Le 18 octobre :

Les ulcères sont en bonne voie de guérison et ne prennent plus le bleu de méthylène que sur une faible étendue.

Le 20 octobre :

Il n'y a plus de suppuration.

Les ulcères cornéens sont cicatrisés ; ils ont fait place :

à droite à une petite taie centrale : V = 3/10e.

à gauche à une taie un peu plus épaisse mais située dans le quadrant inféro-externe : V = 6/10e.

Observation XXII

Conjonctivite purulente à gonocoques, bilatérale, chez un homme de 38 ans, porteur d'une blennorragie chronique.

Forme grave. Le traitement n'est commencé qu'au vingtième jour de l'affection, alors que les deux cornées sont perforées.

Quinze jours de traitement. Bonne cicatrisation des cornées avec leucomes adhérents.

G... M..., âgé de 38 ans, est porteur d'une blennorragie depuis plusieurs mois.

Il y a vingt jours, son œil droit est devenu rapidement rouge et douloureux en même temps qu'une suppuration abondante s'établissait.

L'œil gauche n'a été pris que 12 jours après.

Le malade se contente de mettre des compresses chaudes sur ses yeux, mais l'acuité visuelle disparaissant, les phénomènes douloureux étant de plus en plus vifs, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Le 14 novembre 1927, jour de son arrivée, l'aspect est le suivant :

OD : Paupières œdématiées, rouges, douloureuses, très difficiles à entr'ouvrir.

Les conjonctives palpébrales et épibulbaires sont très enflammées. Il existe un chémosis très marqué.

La cornée est perforée vers 3 heures, il existe à ce niveau un petit prolapsus irien. Vers 6 heures, il y a un autre petit ulcère, non perforant. V = Q.

OG : Mêmes phénomènes très intenses au niveau des paupières et des conjonctives.

La cornée est perforée vers 9 heures, avec une petite hernie de l'iris à ce niveau : V = Q.

Des deux côtés, dans la sécrétion extrêmement abondante l'examen microscopique décèle de très nombreux gonocoques.

Le traitement par grands lavages à l'eau bouillie suivis d'instillations toutes les heures est commencé; en même temps on établi une thérapeutique judicieuse de son écoulement urethral.

Le 16 novembre 1927 :

Même aspect.

Le 18 novembre 1927 :

La tuméfaction palpébrale est moins intense. Le malade accuse une diminution très marquée des douleurs. Les ulcères cornéens n'ont pas augmenté, ils sont bien détergés.

La suppuration est toujours abondante et montre de nombreux gonocoques.

Le 20 novembre :

La tuméfaction palpébrale a disparu ; les paupières peuvent être facilement retournées.

Il n'y a plus de chémosis, le malade ne souffre plus.

Les cornées ne sont plus infiltrées autour des ulcères.

A droite, le petit ulcère superficiel qui existait à six heures est cicatrisé.

Les autres ulcères sont bien détergés ; l'iris enclavé dans leurs lèvres est moins apparent. Les chambres antérieures sont en voie de reformation.

La sécrétion purulente est moins abondante ; les gonocoques plus rares.

Le 22 novembre :

Les phénomènes inflammatoires ont complètement disparu au niveau des paupières.

Les chambres antérieures sont plus profondes des deux côtés ; les ulcères cornéens sont moins étendus ; la

cornée tout autour d'eux est le siège d'une vascularisation de bon aloi.

La sécrétion purulente est moins épaisse, elle ne contient plus que de rares gonocoques.

Le 26 novembre :

Il n'y a plus de sécrétion.

Le 29 novembre :

Les ulcères cornéens sont cicatrisés.

Le résultat d'un cas qui semblait désespéré est le suivant :

OD : Leucome adhérent à 3 heures, petite taie cornéenne à 6 heures. La pupille est déformée : V = 4/50e.

OG : Leucome adhérent à 9 heures. Pupille déformée comme à droite : V = 1/10e.

.....

Observation XXIII

Conjonctivite purulente à gonocoques unilatérale chez un homme de 26 ans porteur d'une blennorragie aigüe.

Traitement tardif par le Sérelbé alors que la cornée est le siège d'une infiltration diffuse sans ulcération véritable.

12 jours de traitement. Guérison avec, comme séquelle, un néphélion central de la cornée.

Moktar... M..., âgé de 26 ans, est atteint de blennorragie aigüe depuis un mois et demi. Depuis 12 jours son œil droit est le siège de phénomènes inflammatoires et douloureux très marqués. Il entre à l'hôpital le 17 septembre 1928.

A ce moment l'aspect est le suivant.

OD : Les douleurs sont très vives.

Gros œdème palpébral, rendant difficile et douloureux l'écartement des paupières.

Les conjonctives sont très hyperhémiées, le chemosis est intense recouvrant toute la péripnérie de la cornée.

Ce qui est visible de cette dernière est grisâtre, infiltré, mais il n'y a pas d'ulcération vraie (le bleu de méthylène ne prend nulle part). La sécrétion purulente est abondante. L'examen microscopique y décèle de nombreux gonocoques. V = compte les doigts à 50 centimètres.

OG : L'œil est un peu rouge, larmoyant dans la légère sécrétion existante il n'y a pas de gonocoques.

On institue de suite le traitement par les grands lavages et des instillations de Sérelbé toutes les heures. On instille préventivement du sérum dans l'œil sain.

Le 19 octobre 28 :

Le même état persiste avec une accentuation moindre des phénomènes inflammatoires.

Le malade accuse une cessation nette des douleurs.

Le 21 octobre :

La tuméfaction palpébrale est très diminuée permettant le facile écartement des paupières.

Le chemosis existe encore mais beaucoup moins marqué.

La cornée est infiltrée en totalité.

La sécrétion commence à se tarir, les gonocoques y sont moins nombreux.

Le 23 octobre :

Les phénomènes inflammatoires ont disparu.

La cornée commence à s'éclaircir.

La sécrétion purulente est très réduite et ne contient plus que de rares gonocoques.

Le 26 octobre :

Le malade ouvre bien son œil. L'état de la cornée à ce point satisfaisant qu'il permet de voir l'iris. La vision se rétablit peu à peu.

Il n'y a plus de sécrétion.

Le 29 octobre :

Tous les phénomènes inflammatoires ont disparu. Seul persiste un léger dépoli de la cornée dans sa région centrale, gênant un peu la vision qui est réduite à 3/10e.

.....

Observation XXIV

Conjonctivite purulente à gonocoques bilatérale chez un adulte porteur d'une blennorragie aigüe. Atteinte unilatérale de la cornée avec perforation.

Guérison rapide de l'œil dont la cornée est saine.

Traitement prolongé de l'autre côté évitant la panophtalmie mais ne pouvant empêcher l'établissement d'un leucome adhérent.

Gr... André, porteur d'une blennorragie depuis quinze jours. Trois jours après l'œil droit devient le siège de lancements douloureux en même temps qu'il devient rouge, les paupières se tuméfient et un écoulement purulent abondant s'établit.

L'œil gauche se prend à son tour cinq jours après.

Le malade pratique des lavages à l'eau boriquée mais devant l'inefficacité de cette medication il se décide à entrer à l'hôpital le 26 juillet 1929. A cette date le tableau clinique est le suivant :

OD : Grosse tuméfaction palpébrale, la paupière supérieure empiète largement sur l'inférieure. L'emploi

des écarteurs est nécessaire pour faire un examen plus complet.

La conjonctive bulbaire est le siège d'un chémosis marqué recouvrant en partie la cornée.

Celle-ci est le siège d'ulcères multiples qui l'ont perforée; l'iris fait hernie en tête de mouche.

La suppuration est extrêmement abondante et jaillit lors de l'écartement des paupières. Les gonocoques sont très nombreux, les polynucléaires se colorent mal.

V = O.

OG : La tuméfaction palpébrale est moindre. Il n'y a pas de chémosis.

La cornée a conservé sa transparence.

La suppuration n'en est pas moins abondante, les gonocoques y sont nombreux.

Il semble bien que l'œil droit soit perdu, la panophtalmie paraissant inluctable. On institue tout de même le traitement : lavages et sérum en instillations toutes les heures. En même temps, l'uréthrite subit un traitement adéquat.

Le 28 juillet :

L'état de l'œil gauche est très satisfaisant.

La tuméfaction palpébrale est moindre.

La cornée toujours intacte.

La suppuration est moins abondante.

A droite, l'état est stationnaire, le malade ne souffre pas.

Le 30 juillet :

A gauche : La tuméfaction palpébrale a disparu.

L'hyperhémie conjonctivale est très diminuée.

La suppuration presque tarie.

A droite : La tuméfaction palpébrale est en voie de régression.

Le chemosis a disparu.

L'état de la cornée commence à permettre l'espoir de conserver l'œil. Les ulcères n'ont plus cet aspect atone mais semble vouloir entrer en phase de cicatrisation.

La suppuration est très réduite, les gonocoques sont très rares.

Le 2 août 1929 :

La guérison de l'œil gauche est acquise. Par mesure de précaution on continue à y instiller deux fois par jour du sérum.

A droite la panophtalmie est nettement écartée. La tuméfaction des paupières a disparu ; la suppuration est tarie.

Les ulcères cornéens sont en bonne voie de cicatrisation, l'iris est malheureusement enclavé en de multiples endroits, et semble vouloir se souder en presque totalité à la face postérieure de la cornée.

Les instillations de Sérelbé ne sont plus faites que trois fois par jour, avec un seul lavage le matin.

Le 8 août :

La cicatrisation cornéenne est établie.

La cornée est opaque dans sa presque totalité avec adhérence presque complète de l'iris à sa face postérieure. Seule un peu de chambre antérieure persiste en haut avec une parcelle de cornée transparente, donnant peut-être pour plus tard la possibilité d'une iridectomie optique. V = perception lumineuse.

B) *Le Sérelbé est employé consécutivement ou conjointement à un autre traitement.*

Observation XXV

Ophtalmie purulente bilatérale à gonocoques chez un adulte.

Le traitement n'est institué que tardivement alors que le malade a déjà été traité par des instillations d'argyrol et de nitrate d'argent, ce qui n'a pas empêché les cornées de s'ulcérer et de se perforer.

Le Sérelbé amène une amélioration rapide et une cicatrisation en onze jours.

A... M..., âgé de 17 ans, entre à l'hôpital le 9 octobre 1926.

Le début de l'affection remonte à seize jours. Le malade a dès le début de son ophtalmie consulté un médecin qui a ordonné des lavages permanganatés et des instillations d'argyrol puis de nitrate d'argent. Malgré ce traitement rigoureusement suivi, la sécrétion augmente de même que les douleurs, la vue baisse rapidement, et le malade se décide à se faire hospitaliser.

L'examen montre, le jour de son entrée, les lésions suivantes.

Les paupières sont très œdématiées, très rouges, très dures.

La sécrétion est extrêmement abondante s'écoulant spontanément au dehors, elle est projetée en jet dès qu'on écarte les paupières.

Il existe des deux côtés un gros chémosis recouvrant en partie les cornées. Ce qui reste visible de celles-ci n'apparaît plus que comme une tache jaunâtre. La per-

foration s'est produite des deux côtés, l'iris fait hernie en tête de mouche. V = O ODG.

L'examen microscopique du pus montre de très nombreux gonocoques.

Le cas nous apparaît comme désespéré, le traitement par le Sérelbé est tout de même institué (lavages et instillations toutes les heures).

Le 10 octobre :

Etat stationnaire.

Le 11 octobre :

Le malade ne souffre plus. Même état local.

Le 12 octobre :

La tuméfaction des paupières est beaucoup moins marquée.

La sécrétion beaucoup moins abondante n'est plus projetée au dehors lors de l'écartement des paupières.

Le chémosis est à peine marqué. Les ulcères paraissent jugulés, ils sont bien détergés mais l'iris est enclavé des deux côtés.

Le 14 octobre :

Les paupières sont redevenues souples, les supérieures peuvent être retournées facilement. Le chémosis a disparu. Les ulcères ont bon aspect, tout autour d'eux les cornées sont parcourues par un lacis artériel de bon aloi.

Le traitement est poursuivi avec la même rigueur.

Le 17 octobre :

La tuméfaction des paupières a totalement disparu.

La sécrétion à peine marquée, muqueuse. L'examen microscopique n'y décèle plus de gonocoques.

L'infiltration cornéenne est beaucoup moins marquée autour des ulcères qui sont presque cicatrisés.

Les chambres antérieures commencent à se dessiner.

ODG : Le malade compte les doigts à 20 centimètres

Le 20 octobre :

Il n'y a plus de sécrétion depuis deux jours. Les cornées sont cicatrisées.

Le résultat, après onze jours de traitement, est le suivant :

OD : Leucome adhérent central.

OG : Même aspect.

La chambre antérieure est bien dessinée ; le malade compte les doigts à vingt-cinq centimètres.

Il y a tout lieu d'espérer pour plus tard une iridectomie optique des deux côtés pouvant redonner au malade une acuité visuelle très appréciable.

.....

Observation XXVI

Ophtalmie purulente à gonocoques chez une femme de 23 ans.

Traitement par le Sérelbé quinze jours après le début alors que la malade a déjà été traitée par des lavages permanganatés et des instillations de protargol, ce qui n'a pas empêché les cornées de se prendre en totalité et de s'ulcérer.

Traitement par le Sérelbé pendant quatorze jours. Cicatrisation avec leucomes adhérents.

C... E.., 23 ans entre à l'hôpital le 23 août 1926.

Le début de l'affection remonte à 15 jours environ. La malade est allée de suite consulter un médecin qui a ordonné des lavages fréquents avec de l'eau permanganatée et des instillations d'argyrol.

Aucune amélioration ne se produisant, l'acuité visuelle étant tombée à zéro la malade se fait hospitaliser.

Le jour de son entrée on constate les lésions suivantes :

Les paupières sont très tuméfiées, très rouges, les supérieures ont une dureté ligneuse.

L'écoulement purulent est très abondant, le pus sort en jet des paupières lorsqu'on les écarte.

Le chémosis est très prononcé.

Les cornées sont infiltrées dans leur totalité; il n'y a plus de chambre antérieure, l'iris fait hernie vers une heure à droite, vers midi à gauche.

La perception lumineuse est seule conservée.

Le cas semble désespéré. On institue tout de même le traitement habituel (lavages et instillations de Sérelbé toutes les heures).

Le 25 août :

La tuméfaction palpébrale est moins marquée permettant l'ouverture plus facile des paupières.

La sécrétion est moins abondante.

Le chémosis a disparu.

Les cornées ont le même aspect.

Le 27 août :

Il n'y a plus de tuméfaction, les paupières supérieures sont redevenues souples et peuvent être facilement retournées.

La sécrétion est très diminuée.

Les cornées sont bien détergées. Les ulcères sont jugulés.

Le 30 août :

Dans la légère sécrétion muqueuse qui persiste, il n'y a plus de gonocoques.

L'infiltration cornéenne disparaît autour des ulcères Un fin lacis artériel parcourt les cornées. Les ulcères sont en voie de cicatrisation. Deux petits enclavements iriens persistent de chaque côté.

Le 3 septembre :

Il n'y a plus de sécrétion.

Les ulcères sont presque complètement cicatrisés. Les cornées ne prennent plus le bleu de méthylène que sur une étendue grosse comme une tête d'épingle.

Les chambres antérieures sont reformées.

La malade compte les doigts à 30 centimètres.

Le 6 septembre :

Tout est terminé et le résultat est le suivant :

OD : Leucome adhérent avec enclavement irien vers 10 heures. V = 3/50e.

OG : Leucome adhérent à midi. Chambre antérieure profonde. V = 4/50e.

.....

Observation XXVII

Ophtalmie purulente à gonocoques chez un nourrisson de quarante jours. Forme très intense.

Traitement par le nitrate d'argent pendant un mois, ne réussissant pas à enrayer la maladie, les cornées s'ulcèrent et se perforent.

Traitement secondaire par le Sérelbé. Disparition de la sécrétion purulente en cinq jours. Cicatrisation des ulcères en douze jours.

B... M..., âgé de quarante jours est amené à l'hôpital le 12 mai 1930.

L'affection aurait débuté cinq jours après la naissance. La mère consulte un médecin trois jours après. Il n'y avait aucune lésion cornéenne à ce moment.

Le médecin ordonne des instillations de nitrate d'argent. La mère en use pendant un mois environ, puis ne constatant aucune amélioration et effrayée de l'aspect pris par les cornées elle vient à l'hôpital.

A ce moment l'état constaté est le suivant :

Les paupières sont tuméfiées et rouges ,légèrement indurées.

La suppuration est très abondante.

A gauche : énorme chémosis recouvrant la moitié de la cornée, celle-ci est entièrement infiltrée, largement ulcérée et perforée en son centre ; l'œil semble perdu.

A droite : l'aspect est à peu près le même, perforation paracentrale de la cornée vers 11 heures.

L'examen microscopique du pus montre de très nombreux gonocoques.

On pratique de même un examen génital de la mère. Il existe une sécrétion muco-purulente de l'utérus dans laquelle le microscope montre des gonocoques.

Le traitement est institué (lavages et instillations de sérum toutes les heures).

Le 14 mai :

La tuméfaction palpébrale est beaucoup moins marquée. Le chémosis a disparu.

La sécrétion est déjà diminuée, les gonocoques sont groupés en amas, les polynucléaires très nets.

Les cornées ont le même aspect.

Le 17 mai :

Il persiste encore une légère sécrétion muqueuse, dans laquelle un examen microscopique minutieux ne décèle plus de gonocoques.

Les paupières sont très souples. L'enfant ouvre les yeux.

Les ulcères cornéens sont bien détergés et paraissent jugulés.

Le 19 mai :

Il n'y a plus de sécrétion.

Les cornées sont moins infiltrées ; les ulcères sont en bonne voie de cicatrisation ; tout autour d'eux les cornées sont parcourues par un lacis artériel de réparation très dense donnant un aspect en cerise.

Le traitement est poursuivi à raison de trois instillations quotidiennes ; on se contente d'un lavage par jour.

Le 25 mai :

La cicatrisation des ulcères est terminée.

Les cornées sont le siège de leucomes étendus adhérents Mais les chambres antérieures sont assez profondes et tout autour des leucomes persiste une couronne de cornée transparente rendant possible une iridectomie ultérieure. Mais avant qu'elle soit tentée, l'enfant est emmené par sa mère.

.....

Observation XXVIII

Ophtalmie purulente à gonocoques unilatérale, chez un homme de 24 ans.

Le malade est traité en ville successivement par :

1° *Des instillations de collargol : aucun résultat.*

2° *Des vaccins de l'Institut Pasteur : amélioration*

éphémère, puis réapparition de la sécrétion et des phénomènes inflammatoires.

3° *Des instillations de nitrate d'argent : la cornée se prend en masse et se perfore.*

C'est alors que le traitement par le Sérelbé est institué : disparition de la sécrétion en cinq jours.

L'ulcère se cicatrise en douze jours.

C... G..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital le 18 octobre 1927.

L'affection a débuté il y a une vingtaine de jour. Après avoir essayé les différents traitements énumérés ci-dessus et devant l'aggravation croissante de son état, le malade vient à la consultation ophtalmologique.

L'aspect est alors le suivant :

Tuméfaction intense des paupières de l'œil droit.

La sécrétion est extrêmement abondante, s'écoulant spontanément au dehors sur la joue qu'elle irrite. L'examen microscopique y décèle de très nombreux gonocoques.

Le chémosis est très marqué.

La cornée semble avoir subi une fonte purulente presque totale, avec prolapsus irien supérieur. V = O.

On institue le traitement par grands lavages et instillations de Sérelbé répétées toutes les heures.

Le 20 octobre :

La tuméfaction a presque disparu.

Il n'y a plus de chémosis.

La suppuration est très diminuée.

La cornée a le même aspect.

Le malade accuse un grand soulagement.

Le 23 octobre :

Il n'y a plus de tuméfaction ni de sécrétion.

La cornée est bien détergée.

Le 25 octobre :

Les ulcères sont en bonne voie de cicatrisation ; la cornée est très vascularisée autour d'eux.

Le 30 octobre :

La cornée est cicatrisée. Leucome central adhérent à onze heures et à six heures. La chambre antérieure est assez profonde au dehors.

La projection est bonne dans toutes les directions.

.....

Observation XXIX

Ophtalmie purulente à gonocoques, évoluant depuis dix jours, chémosis, sécrétion abondante, cornées infiltrées en totalité, photophobie intense.

Traitement par le Sérelbé. On fait en outre quatre injections de lait intramusculaires. La guérison n'en est pas plus rapide. Il faut dix-huit jours de traitement pour amener la cicatrisation.

B... B..., âgé de 16 ans, entre à l'hôpital le 16 juillet 1929.

Le début de l'ophtalmie remonte à une dizaine de jours environ. Le malade est porteur d'une blennorragie depuis 20 jours.

A son entrée dans le service l'état constaté est le suivant :

Grosse tuméfaction des paupières.

Sécrétion purulente abondante dans laquelle l'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques. Les deux cornées sont infiltrées dans leur presque totalité, leur centre est ulcéré.

La photophobie est intense. V = perception lumineuse.

Le traitement habituel est institué.

De plus, on pratique une injection de lait de deux centimètres cubes intramusculaire dans l'espoir de hâter la guérison.

Le 28 juillet :

La tuméfaction palpébrale est toujours vive.

La sécrétion moins abondante.

Les cornées présentent toujours le même aspect.

On pratique une deuxième injection de lait de trois centicubes.

Le 30 juillet :

La tuméfaction est diminuée.

La sécrétion est moins abondante.

La photophobie toujours vive.

Les cornées sont moins sales.

On pratique une troisième injection de lait de cinq centicubes.

Le 1er août :

La photophobie existe encore.

La tuméfaction est très diminuée.

Les ulcères cornéens ont bon aspect.

Les injections de lait sont arrêtées ; elles n'ont en somme nullement activé la guérison qui suit un cours semblable aux cas précédents.

Le 5 août :

Il n'y a plus de sécrétion, plus de chémosis, plus de photophobie.

Les cornées sont parcourues par un fin lacis artériel de réparation.

On continue les instillations de sérum à raison de trois par jour, avec un seul lavage.

Le 12 août :

Les cornées sont cicatrisées.

De chaque côté, leucome central dense.

La projection est bonne dans tous les quadrants.

Une iridectomie optique sera pratiquée un mois plus tard sur l'œil gauche par Monsieur le Professeur Cange rendant au malade une acuité visuelle de 0,3.

.....

Observation XXX

Ophtalmie purulente bilatérale à gonocoques chez un nourrisson de deux mois.

Pas de lésions cornéennes.

Traitement par le Sérelbé à droite : guérison en 5 jours.

Traitement par le nitrate d'argent à gauche : pas d'amélioration au bout de six jours, le Sérelbé est alors instillé seul et amène la guérison en trois jours.

Moktar K..., âgé de deux mois nous est amené le 8 juin 1930.

L'affection a débuté il y a cinq jours, l'état est le suivant :

Tuméfaction moyenne des paupières.

Pas de chémosis.

Cornées intactes.

Suppuration d'abondance moyenne dans laquelle l'examen microscopique décèle de nombreux gonocoques.

Traitement par le Sérelbé à droite, par le nitrate à gauche, en instillations toutes les trois heures après lavages.

Le 10 juin :

OD : Tuméfaction moins intense.

Suppuration beaucoup moins abondante.

Cornée intacte.

OG : Etat stationnaire.

Le 12 juin :

OD : La tuméfaction a disparu.

La suppuration est réduite à quelques filaments dans lesquels il n'y a plus de gonocoques.

Cornée transparente.

OG : Etat stationnaire.

Le 14 juin :

La guérison est complète à droite.

L'œil gauche reste tuméfié, douloureux; dans la sécrétion, il y a toujours des gonocoques. On abandonne alors le nitrate pour le Sérelbé.

Le 17 juin :

La régression des phénomènes inflammatoires est complète à gauche.

La guérison s'est maintenue à droite.

Quinze jours après l'enfant est revu, la guérison est complète.

.....

Observation XXXI

Conjonctivite purulente à gonocoques chez un homme de 35 ans, porteur d'une urétrite aigue.

Forme d'intensité moyenne. Pas de lésions cornéennes. L'œil gauche est traité par une association de nitrate et de sérum.

L'œil droit par le Sérelbé seul. Le premier traitement n'amène pas une guérison plus rapide et a le désavantage d'être douloureux.

Moktar M... vient consulter le 10 juillet 1930. Il est porteur d'une blennorragie depuis un mois. Ses yeux ont été contaminé, il y a trois jours.

Au premier examen on constate :

ODG : Les paupières sont rouges œdématiées douloureuses.

Il existe un chemosis léger.

Les cornées ont conservé leur transparence.

La suppuration est d'abondance moyenne, les gonocoques y sont nombreux.

On utilise le traitement suivant :

OG : Traitement habituel par grands lavages et Sérelbé, en plus on instille trois fois par jour trois gouttes de nitrate d'argent à 1 %.

OD : Traitement par lavages et Sérelbé seulement.

Le 12 juillet :

OD : La tuméfaction a disparu, de même que le chémosis. Le malade peut ouvril l'œil.

La suppuration est réduite.

OG : Tuméfaction et chémosis sont de même très réduits, mais il persiste un certain degré de sensibilité et de photophobie qui gênent le malade.

La suppuration est réduite.

La cornée intacte.

Le 15 juillet :

OD : La guérison complète est établie.

OG : Tuméfaction et suppuration ont de même disparu. Les conjonctives sont encore un peu rouges, l'œil reste sensible à la lumière.

On abandonne le nitrate d'argent pour ne plus instiller que du Sérum à raison de deux instillations quotidiennes matin et soir pendant deux jours dans les deux yeux.

Le 18 juillet :

Les yeux du malade ont un aspect absolument normal.

La guérison est complète.

.....

CHAPITRE IV

.....

Nous allons dans ce chapitre analyser en détail les observations précédentes, ce qui nous permettra d'étudier l'action du sérum sur les différents symptômes de l'ophtalmie purulente.

C'est ainsi que nous noterons successivement :

I. L'Action antiphlogistique du sérum.

II. Son action sur la suppuration.

III. Son action sur l'ulcère de la cornée.

IV. Son influence sur la durée de la maladie.

V. Nous montrerons qu'il n'existe aucune contre-indication à son emploi.

VI. Nous discernerons d'après les analyses précédentes si la sérothérapie doit être employée seule ou en association avec une autre thérapeutique.

VII. Nous essayerons ensuite de trancher une question qui nous paraît intéressante à étudier :

Le sérum a-t-il la même action sur les deux grandes formes cliniques de l'ophtalmie :

la forme du nourrisson ;

la forme de l'adulte ;

VIII. Dans un dernier paragraphe enfin, nous essayerons d'élucider le mode d'action du sérum.

I. — Action Antiphlogistique

.....

Le sérum de Blaizot a une action évidente sur les phénomènes inflammatoires et sur la douleur. Cette action est facile à constater. Dans tous les cas rapportés dans cet ouvrage, elle s'est en effet manifestée d'une façon constante.

Dès les premiers jours, parfois dès les premières heures de traitement, les paupières sont moins tuméfiées, moins rouges.

L'action est surtout manifeste sur les paupières supérieures, qui, dans la plupart des cas, ont cette dureté ligneuse si caractéristique. Rapidement, cet état disparaît, la paupière supérieure reprend sa souplesse et peut être retournée avec facilité et, il n'est pas rare que l'œil puisse s'entr'ouvrir dès les premières quarante huit heures. On considère à juste titre cette ouverture spontanée des paupières comme un des premiers signes de l'efficacité du traitement.

Nous savons que chez les enfants, on observe fréquemment cette ouverture spontanée avec le traitement ordinaire par le nitrate d'argent. Mais par contre, nous savons combien sont souvent rebelles chez l'adulte cette dureté, cet œdème de la paupière. Avec le sérum de Blaizot rares sont les cas qui ont résisté au-delà de quatre jours et comme le montrent nos observations V, XI, XIII, XVI, XVII, on peut assister à la rétrocession des phénomènes inflammatoires dès le deuxième jour.

Chez le nourrisson ce résultat est obtenu d'une façon générale beaucoup plus rapidement encore. Nous le montrons dans nos observations de nouveaux-nés De même Offret le signale dans les cinq cas qu'il rapporte.

L'action sur la douleur n'est pas moins manifeste. La plupart de nos malades ont accusé dès les premiers jours une sensation de bien-être marqué.

Ces résultats ne sont pas à dédaigner. Les paupières devenant plus souples, peuvent être plus aisément écartées, la supérieure peut être retournée et tout cela avec moins de douleurs pour le malade. Les lavages sont ainsi plus efficaces, les culs-de-sac conjonctivaux pouvant être débarrassés du pus qui les encombre d'une façon plus parfaite. On acquiert donc ainsi le plus rapidement possible un gros avantage, savoir : Favoriser l'écoulement de la sécrétion purulente ; éviter qu'elle ne s'accumule en arrière des paupières et ne devienne le premier facteur des ulcères de macération, permettre en un mot un contact plus intime et partant plus efficace, du sérum et des tissus.

II. — Action sur la Suppuration

La suppuration était, avec le traitement classique par le nitrate d'argent, un des symptômes les plus rebelles.

Klebansky dans ses « recherches sur la durée de l'ophtalmie purulente à gonocoques du nouveau-né et sur le traitement par les sels d'argent et la vaccinothérapie » s'exprime ainsi :

« En même temps que l'enfant ouvre les yeux, la sécrétion purulente diminue, mais, entre cette modification rapide et la suppression de toute suppuration, il peut s'écouler plusieurs jours, plusieurs semaines ou même plusieurs mois. Parfois, la guérison semble complète et l'on est amené à suspendre le traitement. Après un ou plusieurs jours d'arrêt, la suppuration reparaît et peut persister assez longtemps ».

Depuis l'emploi de la sérothérapie locale de pareils cas n'ont jamais été observés à la clinique ophtalmologique d'Alger. Dans tous les cas traités par nous, la suppuration a toujours été rapidement et définitivement tarie. On peut affirmer que dans les cas de gravité moyenne, l'emploi du sérum de Blaizot amène un arrêt de la sécrétion purulente en quatre à cinq jours chez le nourrisson, en six à sept jours chez l'adulte.

Offret dans les quatre observations d'ophtalmies purulentes de nouveaux-nés qu'il rapporte a constaté la disparition de la sécrétion dès les premières quarante-huit heures. Chevallereau rapporte deux observations d'ophtalmie purulente de l'adulte avec disparition de la suppuration dans les quatre premiers jours.

Nous-mêmes avons été étonnés de la rapidité de cet assèchement dans certains cas. Nos observations III, IX, X, VII, VIII, IX, X, XI, XV, XVII en sont de frappants exemples.

Nous sommes aujourd'hui certains que prise tout à fait au début — alors qu'il n'existe encore que quelques filaments purulents dans les culs-de-sac conjonctivaux — une ophtalmie gonococcique pourrait être par cette méthode jugulée en quelques heures ou, que tout au moins, on éviterait l'établissement de la grande suppuration.

Nous n'avons malheureusement jamais eu l'occasion de traiter une ophtalmie purulente tout à son début. La population indigène qui constitue la majeure partie de nos malades, bien peu soucieuse, dans la plupart des cas, de sa propreté et de sa santé, arrive à l'hôpital à une phase avancée de ses affections, phase avancée sinon désespérée comme nous en rapportons de nombreux exemples.

Lorsque la phase de grande suppuration est établie, les instillations de sérum, avant d'amener la disparition du

pus, commencent en général par en modifier l'aspect. D'épais et jaune il devient fluide et clair. Les polynucléaires deviennent de plus en plus nets comme s'ils avaient acquis une vigueur nouvelle.

Rares sont les cas qui résistent vraiment et où la suppuration, après des phases de diminution et de recrudescence, traîne plus longtemps. A quoi peuvent tenir ces derniers faits ? Roche a déjà appelé l'attention sur les associations microbiennes qui peuvent compliquer les choses et il ne faut pas les oublier.

Nicolle et Blaizot ont résolu la question pour le synocoque, compagnon habituel du gonocoque. Les autres asciations sont malheureusement difficilement constatables. Il faut ne recueillir la sécrétion conjonctivale qu'à près avoir débarrassé le bord libre des paupières du pus qui l'encombre. Les frottis contiennent toujours des formes bactériennes associées au gonocoque et l'on doit examiner les cultures peu de temps après leur mise à l'étuve si l'on veut avoir des colonies à l'état de pureté.

Disparition rapide de la tuméfaction, de l'œdème, du chémosis, cessation des douleurs d'une part, disparition presque aussi rapide de la suppuration d'autre part, ne voilà-t-il pas déjà un faisceau d'incontestables avantages procuré par l'emploi du sérum ?

Et combien ces résultats sont riches en conséquences !

Il suffit en effet que nous rappelions nos connaissances anatomopathologiques des conjonctives à gonocoques pour comprendre la pathogénie des complications cornéennes.

Parfois, l'importance du chémosis recouvrant en partie l'épithélium cornéen au niveau du limbe empêche l'écoulement du pus et provoque la formation d'ulcères de macération. Ces ulcères sont souvent le point de départ

d'une destruction de la cornée plus grave et plus étendue.

Dans les autres cas, les toxines gonococciques et peut-être les gonocoques eux-mêmes, provoquent dans le réseau artériel et veineux périkératique la formation de thrombi (vérifiés anatomiquement) et par conséquent de phénomènes de dégénérescence et de nécrose du parenchyme corneen.

Enfin, il est possible que les toxines mêmes du gonocoque contribuent elles aussi à provoquer des phénomènes d'infiltration et de dégénérescence du parenchyme cornéen, et comme ces phénomènes ont leur point de départ dans la profondeur de la cornée, ils sont la cause de lésions irréparables et de la plus grande gravité.

Pourrions-nous après tout ce qui précède, n'attacher qu'une importance secondaire dans la thérapeutique des conjonctivites à gonocoques, à la diminution de l'œdème palpébral et du chémosis, à l'atténuation rapide des phénomènes aigus, à la diminution des altérations que l'on croit causées par les toxines du gonocoque, à la suppression de la suppuration, à l'atténuation en un mot de la période aiguë, la plus dangereuse de la maladie ?

Ces résultats sont indiscutablement de première grandeur. En effet la diminution et la disparition du chémosis, de l'œdème et de la suppuration écartent tout danger d'ulcère de macération en constituant d'ailleurs la meilleure preuve que le sérum est d'une efficacité réelle sur la marche de l'infection. En empêchant les phénomènes d'infiltration et de dégénérescence aux dépens du parenchyme cornéen, on éloigne la cause principale des lésions cornéennes graves et irréparables que l'on doit redouter le plus comme complication des conjonctivites gonococciques.

Malheureusement, nous savons qu'il ne faut parfois que quelques heures de contact entre la cornée et le mu-

co-pus farci de gonocoques pour que l'épithelium en souffre profondément et se laisse pénétrer par le microbe.

On conçoit donc l'importance de la précocité du traitement et cette dernière constatation n'est qu'un argument de plus pour hâter la mise en œuvre de la sérothérapie locale.

III. — Action sur l'ulcère de la cornée

Nous ne pouvons pas ne pas rappeler ici que c'est l'ulcération de la cornée qui fait la gravité du pronostic des conjonctivites gonococciques et ces ulcérations sont si fréquentes qu'elles font en réalité partie intégrante du tableau clinique.

Une conjonctivite gonococcique évolue-t-elle sans léser la cornée, elle ne constituera en somme qu'une affection bénigne qui guérira sans laisser de trace.

Lèse-t-elle au contraire la cornée, c'est immédiatement à une affection incomparablement plus grave que l'on a affaire et son pronostic est immédiatement incomparablement plus sombre. La cornée est ulcérée, le globe est ouvert aux infections. Mais en dehors même de ces dangers d'infection, l'ulcère de la cornée, c'est l'évolution fatale vers l'opacité partielle ou totale du milieu transparent, c'est la baisse de l'acuité visuelle, c'est peut-être la cécité. L'ulcère est-il plus profond encore, perfore-t-il la cornée, c'est alors la hernie de l'iris, le leucome adhérent comme résultat immédiat, c'est pour plus tard l'éventualité d'un glaucome secondaire qui va guetter le malade et lui enlever le peu de vision qui lui reste.

Nous avons montré, dans les paragraphes précédents comment, par l'emploi précoce du sérum de Blaizot

on peut éviter d'une façon certaine cette grave complication.

Tous les cas traités par nous, alors que les cornées étaient intactes, se sont rapidement améliorés et guéris sans qu'il y ait eu trace à aucun moment d'atteinte cornéenne. Nous rapportons ces cas dans les observations I, II, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XVII.

Les malades dont les observations sont rapportées par Offret et Chevallereau ont bénéficié d'une évolution semblable.

Nos observations IV, XIII, XVI, XXIV qui rapportent les cas de malades ayant une cornée atteinte alors que l'autre était intacte au début du traitement par le sérum de Blaizot sont très démonstratives. La cornée saine, servant en quelque sorte de témoin, n'a jamais subi aucune altération dans ces quatre cas.

Nous sommes donc loin des résultats obtenus avec le traitement classique par les sels d'argent.

La statistique de Druais (thèse de Paris 1903-1904), donne 25 % de complications cornéennes au cours du traitement par le nitrate d'argent.

Klébansky donne un chiffre un peu plus faible : 16 % de complications cornéennes en cours de traitement, et attribue cette amélioration à l'association nitrate d'argent et argyrol.

La cornée est-elle très légèrement touchée, la restitutio ad integrum est encore possible.

Nous savons que le premier signe de la complication cornéenne consiste dans la chute partielle du revêtement épithélial, et qu'à ce stade d'érosion superficielle, la lésion peut encore guerir sans cicatrice si un traitement judicieux est mis en œuvre. Nous rapportons un cas (observation XVII) où le sérum de Blaizot a permis d'obte-

nir ce résultat. Offret, de même, publie une observation similaire (observation IV).

Malheureusement nous avons très rarement l'occasion de soigner des malades tout au début de leur affection, surtout à la clinique ophtalmologique d'Alger, où, comme nous le disions, la majeure partie des malades est constituée par des indigènes (75 % dans les statistiques de ces trois dernières années). Ces malades, soit par incurie, soit par ignorance, ne viennent le plus souvent réclamer nos soins que très tardivement, quinze, vingt jours, un mois parfois après le début de leur mal, alors que les cornées sont déjà profondément atteintes.

A ce stade que peut-on espérer du traitement. Il ne faut évidement pas demander au sérum plus qu'il ne peut donner. Quand l'ulcération est constituée, quand les lames coornéennes se sont en partie éliminées, il serait puéril d'espérer ou de demander une restitution parfaite.

Mais là encore le traitement ne sera pas vain, et nous avons quelque chose à attendre du sérum. Nous avons en effet remarqué qu'il possède une action bienfaisante sur le processus ulcératif et cela à un double point de vue :

1°) Il arrête la marche de l'ulcère ;

2°) Il en favorise la cicatrisation et en écourte la durée.

Dans tous les cas que nous rapportons — et ils constituent la plus grande partie de nos observations — cette double propriété s'est manifestée. Le processus ulcératif est rapidement jugulé ; jamais en effet, nous n'avons vu un ulcère s'étendre, une cornée se perforer en cours de traitement. Au contraire le sérum semble donner aux tissus une vigueur nouvelle, les ulcérations se détergent comme toute plaie en voie de cicatrisation, une

vascularisation de réparation s'établit, donnant aux cornée cet aspect en cerise caractéristique.

La phase de cicatrisation est donc très écourtée. Nous connaissons la lenteur désespérante de ces ulcères gonococciques qui mettent des semaines à se cicatriser.

Avec le sérum rien de semblable, en dix à quinze jours en moyenne, parfois moins (en 6 jours dans notre observation XII, en huit dans l'observation XIII), on obtient une cicatrice solide. Dans une seule de nos observations, en effet, nous avons assisté à la formation d'un petit staphylome central.

Les lésions sont-elles plus profondes encore, la perforation s'est-elle produite ? Quel sérum merveilleux pourra-t-il jamais éviter dans ce cas l'établissement d'enclavements iriens, la cicatrisation sans leucomes adhérents ? Bien heureux si nous pouvons alors éviter la panopthalmie, et nous croyons le sérum de Blaizot capable de donner cette satisfaction.

Dans plusieurs de nos observations, en effet, le cas semblait désespéré et l'instillation de sérum ne fut faite que par acquit de conscience. Nous avons eu la surprise de voir ces cornées qui semblaient vouées à une nécrose certaine se cicatriser, parfois même s'éclaircir en certains points et ne pas compromettre absolument la vision. Telles sont nos observations XIV, XXI, XXV, XVII.

Nous ne connaissons donc pas de cas où le sérum de Blaizot ne puisse donner quelque espoir. Son action d'arrêt sur le processus ulcératif, son rôle favorisant dans la cicatrisation, expliquent pourquoi nous avons proposé de continuer l'emploi de sérum après disparition des phénomènes inflammatoires, tant que l'ulcère n'est pas complètement cicatrisé.

IV. — Action sur la durée de la maladie

.....

L'ensemble des faits que nous venons de rapporter montre d'une façon évidente combien la maladie peut être écourtée.

Naturellement cette durée est encore variable, suivant les cas, suivant que les lésions sont plus ou moins profondes.

La cornée n'est-elle pas touchée, la guérison complète en huit à dix jours est une chose normale. Nous avons même pu assister à une disparition totale des symptômes en quatre à six jours. (Observations V, VIII, IX, X, XI, XII, XVII, XVIII).

Offret rapporte des succès semblables. (Observations I, II, III), et Chevallereau de même (Observation I). La cornée est-elle au contraire profondément touchée on conçoit que la guérison ne pourra être obtenue que dans un temps relativement plus long. Cependant même dans ces cas, nous avons toujours assisté à une régression hâtive des symptômes inflammatoires et à une marche rapide des phénomènes cicatriciels.

Dans les cas les plus graves que nous ayons eu à soigner, cette cicatrisation a été obtenue en moins de vingt jours.

Nous sommes donc loin des longues semaines de souffrance endurées par ces malheureux, lorsque nous ne possédions pour les soulager que le traitement par les sels d'argent.

Dans son intéressant travail sur la durée de l'ophtalmie purulente du nouveau-né, Klébansky s'exprime ainsi :

« La durée de l'ophtalmie blennorragique du nouveau-né est tout ce qu'il y a de plus variable. A côté des cas

où la durée est de sept, six, cinq jours, il y en a d'autres où la durée de la conjonctivite purulente dépasse huit semaines. On ne peut pas prévoir d'une façon exacte ou même approximative le moment de la guérison ».

Nous rapportons ici la statistique qu'il établit sur la durée des traitements portant sur quatre-vingt-quinze cas. Elle pourra nous servir de point de comparaison entre le traitement classique (sels d'argent) sérieusement mené et le traitement par la sérothérapie locale.

Klébansky subidivise ainsi les quatre-vingt-quinze cas étudiés par lui :

39 cas où la guérison est obtenue en 2 semaines.

30 cas où la guérison est obtenue en 2 à 4 semaines.

17 cas où la guérison est obtenue en 4 à 6 semaines.

6 cas où la guérison est obtenue en 6 à 8 semaines.

3 cas qui ont duré, 62, 63 et 90 jours.

Ou encore en faisant la somme des jours de présence à l'hôpital qu'ont exigés chacun des groupes précédents on trouve les moyennes suivantes :

Pour le 1er groupe une moyenne de 10 jours.

Pour le 2e groupe une moyenne de 21 jours.

Pour le 3e groupe une moyenne de 32 jours.

Pour le 4e groupe une moyenne de 49 jours.

Enfin en moyenne globale la durée de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-ne serait de 35 jours.

Comme d'une façon générale la durée de l'ophtalmie purulente de l'adulte est plus longue nous pouvons considérer que ce chiffre de 35 est un minimum.

Dans nos observations personnelles qui s'élèvent au chiffre plus modeste de 31 (11 nourrisons, 20 adultes) la durée maximum du traitement de l'un de nos malades est de 20 jours.

Nous pouvons d'ailleurs faire les groupements suivants :

16 cas où la guérison est obtenue en moins de 10 jours.

15 cas où la guérison est obtenue entre 10 et 20 jours.

En y ajoutant les observations de Offret et Chevallereau nous avons encore :

6 cas où la guérison est obtenue en moins de 10 jours. Si nous faisons une moyenne globale pour la rapprocher du résultat obtenu par Klébansky nous arrivons au chiffre de 10 jours (au lieu de 35) et nous faisons là une moyenne générale comprenant adultes et nourrissons. Avec ces derniers nous arrivons au chiffre plus minime encore de sept jours.

Devons-nous enfin, pour pratiquer une comparaison plus serrée, rapprocher nos résultats de ceux obtenus par la vaccinothérapie. Klébansky en étudie quelques cas, mais les résultats sont peu encourageants. Ses conclusions sont d'ailleurs les suivantes :

« Dans toutes les observations relatives à l'emploi du vaccin, nous voyons qu'on n'a pas jugé prudent de recourir exclusivement au vaccin et, après plusieurs jours de traitement exclusif par la vaccinothérapie on fut obligé d'employer le traitement par les sels d'argent. La vaccinothérapie ne peut être comparée au traitement argentique et en tous cas ne peut pas être considérée comme spécifique ».

Cuenod et Penel ont en débutant eux aussi associé à la vaccinothérapie le traitement habituel (lavages et argyrolage).

Morax, Fromaget, Offret et Roche sont tous d'avis que le traitement classique ne doit pas être négligé.

Caperan consacre sa thèse à l'étude du traitement des conjonctivites gonococciques par la vaccinothérapie (thèse de Bordeaux 1916). Mais à aucun moment non plus, il n'abandonne le traitement classique ne croyant pas ou

n'osant pas devoir rejeter un mode de traitement qui a fait ses preuves.

Il n'est donc possible à aucun moment de faire la part qui revient au vaccin dans la guérison.

La méthode de sérothérapie locale est à l'abri de cette critique, le sérum de Blaizot est employé seul.

De cette étude il ressort que les résultats obtenus par le sérum de Blaizot sont indiscutablement supérieurs à ceux obtenus par les méthodes classiques : sels d'argent et surtout nitrate, associés ou non à la vaccinothérapie.

Nous ne les avons comparé entre eux que pour faire ressortir plus manifestement les progrès réalisés dans le traitement des conjonctivites gonococciques par la sérothérapie locale.

Nous allons condenser les analyses précédentes dans le tableau suivant :

NITRATE D'ARGENT

DURÉE DE LA SUPPURATION Nourissons - Adultes	APPARITION D'ULCÈRES EN COURS DE TRAITEMENT	DURÉE TOTALE DE L'AFFECTION Nourrissons - Adultes	
PLUSIEURS SEMAINES	25 0/0 (These de Druais) Nitrate employé seul 16 0/0 (KlébansKy) Nitrate + argyrol	35 Jours	35 à 60 Jours

SÉRUM DE BLAIZOT

4 à 5 Jours	8 Jours	ZERO 0/0	7 Jours	10 Jours

V. — Contre-indications

Nous ne connaissons aucune contre-indication au sérum de Blaizot.

Les instillations ne sont nullement douloureuses, l'antiseptique employé, l'acridine, est au contraire très doux pour la muqueuse conjonctivale.

L'existence de complications cornéennes ne saurait à aucun moment en contre-indiquer l'emploi, nous savons au contraire l'heureuse influence du traitement sérothérapique sur les ulcères.

Il n'y a pas lieu de s'inquiéter de la teinte jaune prise par les tissus. Elle disparaît rapidement après la cessation du traitement.

.....

VI. — Le sérum doit-il être employé seul ou associé à un autre traitement ?

Il n'est pas nécessaire d'adjoindre au sérum de Blaizot un médicament quelconque, soit local, soit général.

Employé seul, il donne d'excellent résultats et présente sur les produits employés avant lui de tels avantages qu'on peut sans crainte abandonner ces derniers.

Nous publions quelques observations qui en sont de bonnes démonstrations.

Telle l'observation XXVII. Le malade est d'abord traité par des instillations de collargol pendant huit jours, aucune amélioration ne survient, l'affection suit son cours, la cornée s'infiltre entièrement autour des ulcères. C'est alors qu'on adjoint à ce traitement local un traitement général par les vaccins antigonococciques de l'Institut Pasteur.

On en pratique quatre injections; après un semblant d'amélioration au quatrième jour, la suppuration devient de nouveau très intense, une nouvelle perforation cornéenne s'établit même. C'est alors que le traitement par le Sérelbé est institué.

Ce que le premier traitement (collargol et vaccin) n'avait pu amener en 20 jours, est donné par la sérothérapie locale en dix jours.

Telle l'observation XIII qui rapporte le cas d'un malade traité quinze jours par des lavages permanganatés suivis d'instillations au protargol. Ce traitement, non seulement n'amène aucune amélioration, mais encore est impuissant à empêcher les cornées de s'ulcérer et de se perforer.

Le traitement par le Sérelbé, au contraire, change rapidement l'allure de la maladie et amène une disparition des phénomènes inflammatoires en dix jours, une cicatrisation des cornées en quinze jours.

Dans l'observation XXX, nous avons essayé de mener de front d'un côté le traitement par le nitrate d'argent, de l'autre côté le traitement par le Sérelbé. Ce dernier amène une guérison complète en six jours, alors que le nitrate n'avait donné dans ce même temps aucune amélioration bien sensible.

Nous avons essayé, dans l'observation XXIX, de pratiquer en même temps des injections de lait intramusculaires. Le cours de l'affection n'en a pas été plus rapidement et plus favorablement influencé.

Enfin, dans l'observation XXXI, nous avons essayé d'associer d'un côté nitrate d'argent et Sérelbé de l'autre Sérelbé seul. L'association n'a pas amené une guérison plus rapide et avait le désavantage d'être très douloureuse.

Nous voyons donc que la sérothérapie locale est une

médication suffisante en soi. Elle n'a pas besoin d'être associée à un autre traitement pour donner d'excellents résultats.

.....

VII. — Considérations sur la prophylaxie de l'ophtalmie purulente du nouveau-né, sur les formes cliniques de l'adulte et du nourrisson.

Action comparée du sérum dans ces deux formes

.....

Nous savons que la plupart des classiques décrivent à part les deux grandes formes cliniques de l'ophtalmie gonococcique : la forme de l'adulte et celle du nourrisson, accordant à cette dernière une allure clinique moins alarmante, un pronostic plus bénin.

Nous ne pensons pas qu'il existe une différence bien nette dans leur allure clinique, la richesse et l'intensité des symptômes pouvant se rencontrer chez le nourrisson comme chez l'adulte.

Il ne nous semble pas non plus qu'il faille voir une différence marquée entre les ophtalmies purulentes du nouveau-né débutant dans les deux à quatre premiers jours après la naissance et celles, plus tardives, qui ne s'installent que le huitième, le quinzième jour, un mois même et plus, après l'accouchement et reconnaître une gravité plus grande aux ophtalmies précoces.

Klébansky fait une statistique des dates d'apparition de l'ophtalmie purulente du nouveau-né et note d'assez nombreux cas à début tardif du dixième au vingtième jour. Sur 113 observations, 79 seulement apparaissent avant le sixième jour.

Druais dans sa thèse donne la date d'apparition de 22 cas observés, 18 sont apparus avant le sixième jour.

Nous-mêmes avons souvent observé ces ophtalmies à début tardif, la moitié des cas publiés par nous sont apparus après le dixième jour.

Dans tous les cas, précoces ou tardifs, l'allure clinique est la même, la gravité est la même, le même gonocoque maternel en est à l'origine, que ce gonocoque soit transmis à l'enfant directement pendant l'accouchement, au moment de son passage à travers les voies génitales ou au contraire indirectement dans les jours qui suivent, par les doigts, les linges de la mère.

On a beaucoup discuté en effet, pour savoir à quel moment la sécrétion contenant les gonocoques arrive dans le sac conjonctival. Pour Crédé et la plupart des auteurs, c'est pendant la période d'expulsion. Dans ces conditions plus le contact du nouveau-né avec les voies génitales infectées sera long, plus il y aura danger d'infection.

Mais à notre avis on n'insiste pas assez sur les dangers de contamination qui persistent après l'accouchement. Pourquoi en effet, une femme infectée, chez laquelle les manipulations génitales sont si fréquentes après l'accouchement, ne pourrait-elle pas contaminer à un moment quelconque son enfant qui est en contact constant avec elle, soit par ses mains, soit par ses linges, soit enfin par un intermédiaire tout autre ?

Qu'on nous permette de rappeler à ce sujet que la méthode de Crédé, telle qu'on la pratique aujourd'hui couramment ne nous semble pas absolument complète et ne devrait pas se réduire à la goutte de nitrate d'argent hâtivement instillée après la naissance.

Nous nous souvenons que Crédé a commencé ses recherches en 1879, époque de la découverte du gonocoque

et des premiers développements de l'antisepsie. « Convaincu que l'ophtalmie du nouveau-né est produite par un virus spécifique analogue à celui de la gonorrhée, contenu dans les sécrétions vaginales de la mère et qui le plus souvent arrive sur la conjonctive pendant l'expulsion, il prescrivit de faire, d'abord seulement aux femmes atteintes de gonorrhée ou catarrhe chronique du vagin, puis à toutes les femmes entrant à la maternité de Leipzig, des injections de propreté à l'eau tiède ou aux solutions d'acides carbolique ou salycilique à 2 %, aussi fréquentes que possible, toutes les demi-heures pendant l'accouchement ».

Les ophtalmies diminuèrent mais ne disparurent pas. Il commença alors la désinfection des yeux mêmes et il employa successivement le borax puis le nitrate d'argent. Les résultats furent plus heureux et les douches vaginales réduites ou supprimées.

Crédé conclut que « ce n'est pas la désinfection du vagin, mais la désinfection des yeux mêmes qui, seule aboutit au résultat souhaité.

Un peu plus tard : « Sans que je veuille conseiller de le faire, on pourrait sans scrupules abandonner les irrigations vaginales. »

On s'explique que les médecins en arrivent eux aussi à ne voir dans la prophylaxie de l'ophtalmie purulente du nouveau-né que la goutte de nitrate d'argent et nous sommes convaincu que cette goutte est insuffisante. Sur onze observations nous en avons quatre où cette goutte de nitrate a été instillée d'une façon certaine et n'a pas empêché l'éclosion de la maladie (observations VI, VII, IX, X.)

Van der Straten, rappelant ces faits, écrit dans un article sur la prophylaxie de l'ophtalmie purulente :

« Le mode d'action et l'utilité de la désinfection des voies génitales de la mère et de la désinfection du pourtour de l'œil du nouveau-né apparaissent si nettement qu'on ne peut songer à les négliger ».

Cet auteur n'admet pas que les gonocoques pénètrent dans le sac conjonctival au moment de l'expulsion. Il pense que ce sont les gonocoques siégeant sur les paupières qui pénètreraient dans le sac conjonctival quand l'œil s'ouvre après la naissance ou lors d'une toilette oculaire défectueuse. Aussi considère-t-il la désinfection du pourtour des yeux de l'enfant comme un temps beaucoup plus important que l'instillation de la goutte de nitrate. Cette même opinion a été soutenue par de Wecker

Van der Straten conclut :

La prophylaxie de l'ophtalmie du nouveau-né comprend trois temps :

1° La désinfection des voies génitales de la mère atteinte d'infection gonococcique.

2° Le nettoyage minutieux du pourtour des yeux du nouveau-né immédiatement après la naissance.

3° Instillation d'une goutte de solution de nitrate d'argent à 2 % dans les yeux.

Nous pensons qu'à ces trois temps il serait utile d'en ajouter un quatrième :

Les soins à donner à la mère et à l'enfant après la naissance. Soins de propreté tout particuliers, la mère devrait être avertie des dangers qu'encourt son enfant et des moyens de les éviter par une hygiène sévère.

Il est évident qu'il reste beaucoup de questions à étudier, en particulier l'instillation d'autres médicaments que le nitrate d'argent à cause des dangers de ce dernier. Nous pensons qu'une étude faite dans ce sens à l'aide du sérum de Blaizot qui donne de si beaux résultats curatifs, serait des plus intéressantes. Mais cela nous

entraînerait trop loin et ce n'est pas le but de notre travail actuel.

Si comme nous venons de le dire, l'allure clinique des formes de l'adulte et du nourrisson sont identiques, il n'en va pas de même du pronostic. Qu'on en prenne pour preuve ce seul fait que les complications cornéennes sont beaucoup plus tardives chez le nourrisson.

Nous observons fréquemment des enfants qu'on nous amène au huitième, voire au quinzième ou au vingtième jour de leur affection et dont les cornées sont intactes. Quelle différence en cela avec l'adulte chez lequel un délai de deux à trois jours suffit pour détruire les cornées.

L'explication de ces faits se trouve tout d'abord dans la différence de virulence des germes.

Virulence atténuée dans l'ophtalmie du nourrisson. Les gonococcies maternelles qui en sont à l'origine consistent le plus souvent en vieux écoulements vaginaux, en simples pertes incommodant à peine les mères dans certains cas.

Virulence extrême au contraire de ces germes dans l'ophtalmie de l'adulte, les gonocoques provenant d'urétrites aiguës en pleine activité et ayant reconquis sans doute cette virulence par leur passage sur la muqueuse urétrale.

Mais pourquoi les gonocoques maternels passant sur la muqueuse conjonctivale du nourrisson, et se trouvant dans des conditions de vie toute autre ne redeviennent-ils pas à leur tour virulents ? C'est que sans aucun doute une certaine immunité vis-à-vis de ces germes est héréditairement transmise par la mère à l'enfant.

Il est en effet, un fait d'observation médicale bien connu : c'est que les femmes porteuses de gonococcie génitale finissent par acquérir vis-à-vis des gonocoques une

immunité manifeste. Elles peuvent alors avoir des rapports avec des blennorragiques aigus et ne pas en être incommodées, alors qu'elles conservent la faculté de transmettre à des hommes sains des urétrites extrêmement intenses. Pourquoi la femme ne transmettrait-elle donc pas héréditairement une partie de cette immunité plus ou moins marquée.

L'observation médicale courant a fait remarquer depuis longtemps que le nourrisson présente une résistance remarquable vis-à-vis des maladies infectieuses qui frappent sévèrement le jeune enfant, puis l'adulte. Cette immunité est surtout accusée dans les six premiers mois de la vie. Elle ne dépasse guère la première année. C'est ainsi que le nourrisson se montre habituellement réfractaire aux oreillons, aux infections typhoïdes, à la coqueluche, à la varicelle, à la diphtérie, etc...

Il s'agit d'une immunité transmise et l'examen des humeurs montre, en effet, l'existence des anticorps dans le sang du nourrisson, antitoxine diphtérique, agglutinine typhique, etc... De nombreuses expériences chez l'animal ont montré aussi la fréquence de la transmission des anticorps.

Parfois l'immunité est active et résulte du passage de l'antigène à travers le placenta. Il existe en outre, une transmission digestive de l'immunité. Le lait maternel contient des anticorps parfois en quantité très notable. Des expériences l'ont montré. Des observations cliniques le prouvent. Ils apparaissent dans le sérum du jeune avec une rapidité extrême, parfois une heure seulement après l'ingestion. Mais la muqueuse intestinale paraît souvent perdre rapidement — parfois en quelques jours — cette faculté d'absorber les anticorps.

Tous ces faits sont d'ordre généraux. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature médicale s'ils ont été recherché pour le gonocoque. Il nous semble possible d'ad-

mettre qu'ils peuvent éxister. Ils expliqueraient en tout cas clairement la résistance relativement plus grande du nourrisson à la gonococcie oculaire.

Voilà donc esquissées rapidement ces quelques considérations sur les deux grandes formes cliniques de l'ophtalmie purulente gonococcique.

Comment vont-elles se comporter devant la sérothérapie locale ?

Il est logique de penser que le sérum aura une action plus rapide, plus efficace, chez le nourrisson; les faits viennent le prouver.

Les phénomènes inflammatoires disparaissent plus rapidement, les yeux s'ouvrent spontanément dès les premiers jours, la suppuration se tarie très vite chez l'enfant. Presque toujours ces améliorations sont obtenues un peu plus tardivement chez l'adulte. Les gonocoques en particulier persistent plus longtemps dans la sécrétion.

Mais les complications cornéennes une fois établies le sérum a la même action dans les deux âges.

.....

VIII. — Mode d'action du sérum

Une dernière question se pose maintenant : comment agit le sérum ainsi employé en surface ?

Le docteur Malletère pense que l'action directe sur le gonocoque à la façon d'un antiseptique paraît bien improbable.

Faut-il penser à une exaltation des réactions de défense locale. Celle-ci se produirait dans tous les cas sans provoquer une augmentation de la diapédèse, puisqu'au contraire l'inondation leucocytaire diminue dès les premières instillations.

C'est que sans doute la défense étant mieux armée à besoin de moins de combattants. Il est certain dans tous les cas qu'une partie du sérum passe dans la muqueuse, les vaisseaux, pénètre dans les glandes.

M. Maringer dans les constatations histologiques de son rapport au Congrès d'Urologie fait observer à propos de l'écoulement uréthral, que 24 heures après l'injection de sérum les leucocytes prennent une netteté toute spéciale avec renforcement de la coloration et que les gonocoques se présentent presque toujours en groupements et souvent sont en voie de digestion. Ce serait là un bon signe d'augmentation de la défense.

Dans nos études microscopiques des sécrétions conjonctivales nous avons toujours constaté un fait semblable : polynucléaires prenant de mieux en mieux les colorants à mesure que les gonocoques disparaissaient.

.....

CONCLUSIONS

1. — Agissant à la fois par son action antitoxique et son pouvoir microbicide, le sérum de Blaizot constitue actuellement l'agent thérapeutique par excellence de l'infection conjonctivale gonococcique.

II. — Il possède sur le nitrate d'argent et sur les produits similaires la supériorité d'une action beaucoup plus rapide et bien plus efficace.

III. — Il présente ce triple avantage d'en modifier heureusement les symptômes, d'en écourter manifestement l'évolution, d'en écarter les redoutables complications.

Employé même lorsque ces dernières se sont produites (ulcérations et perforations cornéennes), il enraye le processus destructif et des réparations heureuses et inespérées peuvent être observées.

IV. — Il doit être employé le plus rapidement possible. La précocité de son application est en effet un des facteurs adjuvants de son efficacité, surtout shez l'adulte où les complications cornéennes sont précoces et graves. C'est donc une règle absolue que de recourir aux premières instillations sans attendre la réponse du laboratoire. L'application totalement indolore du sérum, son inocuité absolue permettant d'instituer une thérapeutique para-symptômatique, inoffensive, très souvent même efficace, dans les cas où le gonocoque n'est pas ulimême en cause.

BIBLIOGRAPHIE

CHEVALLEREAU ET OFFRET. — Société d'ophtalmologie de Paris, n° 6. Juillet 1926. Deux cas de conjonctivite gonococcique traités par l'emploi local du sérum du Blaizot.

COLOMBO. — La clinica oculistica de Palerma, 1912.

Le sérum antigonococcique dans le traitement de la conjonctivite des nouveau-nés et son mécanisme d'action.

COLOMBO. — Annales d'oculistique de Paris, 1925. Cl. XII, 936-940. Méthodes et résultats de la sérothérapie antigonococcique dans les conjonctivites à gonocoques.

DEBIÉ ET PARAF. — Comptes rendus de la Société de Biologie, 1913. T. LXXV. P. 512. Bases expérimentales de la sérothérapie antigonococcique.

GALLENGA. — Pratica oculistica di Roma, 1914.

Della cura della conjunctivite gonococcia con instillazioni di séro antigonococcivo ed indicazioni della cura paraspécifica.

MINET ET DEBAINS. — Association française d'urologie, 1913.

Etat actuel de la vaccinothérapie et de la sérothérapie dans la gonococcie.

OFFRET. — Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris. Octobre 1915.

Nouveau traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né par l'emploi local du sérum de Blaizot.

MORAX. — Société d'obstétrique de Paris, Février 1914.

A propos du traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né.

ROCHE. — Clinique opthalmologique, Juin 1914, P. 335.

Le sérum de Nicolle et Blaizot dans la conjonctivite gonococcique dú nouveau-né.

TERRIEN, DEBIÉ, PARAF. — Archives d'ophtalmologie, Juin 1920
Etude expérimentale de la sérothérapie antigonococcique.

.....

SOMMAIRE

.....

Introduction 9

Chapitre Premier. — Historique 13

Chapitre II. — Le Sérum de Blaizot 21

I Sa nature 22

II Technique de préparation 22

III Mode d'emploi 24

Chapitre III. — Observations 29

I Observations déjà publiées 29

A) Observations de A. Offret 29

B) Observations de Chevallereau et A. Offret 33

II Observations personnelles 37

A) Le Sérlevé est employé seul 38

B) Le Sérelbé est employé consécutivement ou conjointement à un autre traitement.. 77

Chapitre IV 91

I Action antiphlogistique 92

II Action sur la suppuration 93

III Action sur l'ulcère de la cornée 97

IV Action sur la durée de la maladie 101

V Contre-indications 105

VI Le sérum doit-il être employé seul ou en association avec un autre médicament 105

VII Considérations sur la prophylaxie de l'ophtalmie purulente, sur ses formes cliniques. Action comparée du sérum chez l'adulte et le nourrisson 107

VIII Mode d'action du sérum 113

Conclusions 115

Index bibliographique 117

Vu le Président de Thèse :
A. CANGE.

Vu le Doyen :
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 22 Janvier 1931
Le Recteur :
TAILLART.

Imp. Nord-Africaine, 8, Rue Drouillet, Alger - Téléph. 2.58